TRATADO

ELEMENTAL Y PRACTICO

DE PATOLOGIA

INTERNA.

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/tratadoelemental04gris

TRATADO ELEMENTAL Y PRACTICO

DE

PATOLOGIA INTERNA,

POR

A. GRISOLLE,

CATEDRÁTICO DE TERAPÉUTICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS,
MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL,
MIEMBRO DE LA ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA.

TRADUCIDO DE LA ÚLTIMA EDICION,

CORREGIDA Y AUMENTADA POR EL AUTOR.

TOMO IV.

MADRID:
IMPRENTA DE GASPAR Y ROIG, EDITORES,
calle del Príncipe, núm. 4.
1857.

6.L.186

TRATADO ELEMENTAL Y PRACTICO

DE

PATOLOGIA INTERNA.

CONTINUACION

DE LA

OCTAVA CLASE DE ENFERMEDADES.

(DE LAS TRANSFORMACIONES ORGANICAS Y DE LAS PRODUCCIONES MORBOSAS ACCIDENTALES).

SIGUE EL SEGUNDO GÉNERO

DE PRODUCCIONES MORBOSAS Ó SEAN PRODUCCIONES ACCIDENTALES ESTRAÑAS AL ORGANISMO.

DE LA TISIS PULMONAL.

La palabra *tisis*, de orígen griego (φθειν, *secar*), se ha empleado por espacio de mucho tiempo para designar todo estado de demacracion, cualquiera que fuese la lesion que le produjera, contentándose con añadir un epíteto que espresase el órgano afecto: asi es que se admitia tisis *pulmonal*, *laríngea*, *hepática*, *intestinal*, *esplénica*, *hemorroidal*, etc. Mas adelante se restringió la significacion de esta palabra, que solo se empleó ya para designar la consuncion producida por una alteracion crónica de las vías respiratorias (laringe, tráquea, pulmones). A pesar de este progreso aparente, se fue aumentando mas todavía el número de especies; porque teniendo en cuenta los autores las causas verdaderas ó supuestas de la enfermedad ó sus complicaciones, admitieron hasta catorce especies de tisis (Portal), diez y seis (Morton) y veinte (Sauvages). Bayle hizo un verdadero servicio á la ciencia restringiendo este número á seis, y refiriéndolas á lesiones materiales y manifiestas del pulmon; pero su clasificacion era viciosa, porque comprendia bajo nombres diferentes variedades de una misma alteracion; asi es que la tisis tuberculosa, granulosa y calculosa no eran mas que formas de la afeccion tuberculosa. Ademas, Bayle reunia lesiones muy distintas que solo tenian de comun el desarrollarse en el mismo órgano; tales eran las

tisis ulcerosa y cancerosa. Penetrado Laënnec de estos inconvenientes, no admitió casi mas causa de la tisis que el desarrollo de tubérculos en los pulmones. Decimos *casi*, porque el ilustre autor del *Traité de l' auscultation* admitia tambien la existencia de una *tisis nerviosa*, lo cual era un absurdo. Sin embargo, no admite duda que una perturbacion violenta y continua puede producir un estado de aniquilamiento; no obstante, esfa enfermedad es sumamente rara; y por otra parte solo se parece á la tisis tuberculosa en la demacracion que la acompaña; y bajo este punto de vista pudieran agregársela otra porcion de enfermedades crónicas. Por esto creemos que con razon han reservado MM. Louis y Andral esclusivamente el nombre de tisis para designar una enfermedad anatómicamente caracterizada por la presencia de los tubérculos en el tejido de los pulmones.

Historia.—La tisis pulmonal, como enfermedod sumamente mortífera y esparcida por todo el globo, ha llamado la atencion de los médicos de los tiempos mas remotos. Hipócrates habla de ella en muchos puntos de sus obras, y lo mismo Galeno, Celso, Areteo y otros muchos autores. La tisis pulmonal ha sido objeto de una multitud de investigaciones, y el número de obras publicadas acerca de esta afeccion, especialmente desde principios del siglo XVII, es verdaderamente estraordinario. Nos limitaremos á citar las investigaciones de Morton, Boerhaave y Van-Swiéten, y el tratado de Baumes. Pero los autores contemporáneos son los que han reportado la gloria de todos los progresos que ha hecho la historia de la enfermedad bajo el triple punto de vista de las causas, de los síntomas y de las lesiones cadavéricas, y á quienes mas parte corresponde es á Bayle, Laënnec, Andral y Louis. La obra preciosa que ha publicado este último, y de la que dió una nueva edicion en 1843, no solamente ha dilucidado una porcion de puntos oscuros, sino que tambien ha comunicado á los estudios médicos una direccion feliz, popularizando el poderoso método de observacion que con tanta gloria ha sabido crear él mismo.

Anatomía patológica. Granulaciones grises y tubérculos crudos.—La materia tuberculosa se presenta bajo diferentes formas en los pulmones y ocasiona diversos desórdenes. En el primer grado se encuentran únicamente granulaciones que sin razon fueron consideradas por Bayle como verdaderos cartílagos accidentales, sirviéndole de carácter anatómico para fundar su segunda especie de tisis que llamó *granulosa.* Las granulaciones miliares se encuentran en mayor ó menor número, algunas veces parece que está el pulmon relleno de ellas en toda su estension; en otros casos únicamente se encuentran en una parte del órgano, que generalmente suele ser el vértice; se presentan aisladas ó reunidas en grupos separados por el tejido pulmonal sano ó ligeramente infiltrado de serosidad. Sin embargo, por poco considerable que sea el número de las granulaciones grises, siempre se encuentran algunos de estos cuerpos que, divididos, presentan ya en su centro un punto amarillo ú opaco, que se va agrandando cada vez mas, y acaba por invadir algunos de ellos en toda su estension; en cuyo caso se despachurran al comprimirlos con el dedo como el queso; esto constituye el tubérculo propiamente dicho. Esta progresion ó graduacion de formas de la lesion se verifica casi siempre de abajo arriba. Asi es, dice M. Louis, que cuando se examinan los pulmones desde la base al vértice, se encuentran comunmente en el órden siguiente: granulaciones grises semi-transparentes; gra-

nulaciones oscuras y amarillentas interiormente; finalmente, granulaciones de un color blanco amarillento en todo su espesor, es decir, verdaderos tubérculos. Estas son por lo comun las únicas que hay en el vértice; casi siempre se observa que los tubérculos crudos son mas numerosos en este punto, mas gruesos y están mas desarrollados. M. Louis solo ha encontrado dos escepciones en los ciento veinte y tres casos de tisis que ha analizado en su bellísima obra.

Repetimos que la granulacion gris es el primer grado del tubérculo; pero no podemos admitir que en el pulmon, ni tampoco en ninguna otra parte, sea la granulacion miliar una transformacion de una concrecion sanguínea ó de cualquiera otra produccion.

Conviene tener presente que la materia gris semi-transparente, en lugar de presentarse bajo la forma de granulaciones, existe á veces en masas irregulares, cuyo tamaño puede pasar del de un huevo de pava, masas en cuyos intersticios se distinguen puntos miliares ó enteramente tuberculosos; esta transformacion es completa al cabo de mas ó menos tiempo. Al lado de la materia gris colocamos una sustancia gelatiniforme, agrisada, semi-transparente, homogénea, no tan firme como la precedente, rojiza ó pálida, sin estructura apreciable, que M. Louis no ha podido encontrar nunca sino en sugetos tuberculosos. Este profesor parece que no está seguro todavía acerca de su naturaleza; pero en nuestro concepto, conformes en esto con la opinion de Laënnec, es una variedad de la materia gris semi-transparente, que se transforma mas adelante en tubérculos miliares y amarillos.

Se ha disputado mucho acerca del asiento primitivo de las granulaciones en los pulmones. MM. Schvæder van der Kolk y Carswell suponen que nacen en las vesículas pulmonales; otros sostienen que es en el tejido celular; M. Guillot en la superficie ó en el espesor de la mucosa de las últimas ramificaclones bronquiales; finalmente M. Andral, y esta es la opinion mas probable, cree que los tubérculos se forman indistintamente, ora en los últimos bronquios y en las vesículas que les suceden, ora en el tejido celular inter-lobular.

Difícil es determinar el tiempo necesario para que las granulaciones grises adquieran el volúmen de un guisante pequeño, que es el que tienen comunmente: sin embargo, algunos casos de tisis aguda parecen indicar, segun M. Louis, que su desarrollo es á veces muy rápido, que pueden adquirir en dos ó tres semanas el volúmen de que se trata. Por otra parte, está demostrado que pueden ser muy pequeñas mucho tiempo despues de su aparicion; asi es que M. Louis ha encontrado muchos sugetos que, á pesar de tener tos continua hacia muchos años, y de haber tenido diferentes hemoptisis, presentaban únicamente como lesion del parénquima pulmonal, granulaciones grises del tamaño indicado, y aun mucho mas pequeñas.

Una vez formado el tubérculo, crece, rechazando y atrofiando el tejido del pulmon. Cuando se reunen muchas masas se encuentran muchas veces en su centro los tejidos primitivos marchitos, pero todavía perceptibles; casi nunca se halla la materia tuberculosa rodeada de un quiste. Al cabo de mas ó menos tiempo se reblandece el tubérculo, y casi siempre se verifica el reblandecimiento del centro á la periferia, y muy rara vez en sentido inverso. A escepcion de las tisis agudas, en que á veces se verifica el reblandecimiento casi simultáneamente en todas las masas tuberculosas, en casi todos los demás casos se reco-

noce que este cambio de estado se verifica sucesivamente desde el vértice hácia la base.

Cavernas.—Los tubérculos reblandecidos transformados en una papilla amarillenta ó en materia puriforme, desgastan y perforan los tubos bronquiales circunvecinos y se evacuan al esterior; en cuyo caso queda, en lugar del tubérculo, una escavacion conocida generalmente con el nombre de *caverna.* Estas cavidades son mas ó menos estensas: las mas pequeñas pueden contener una nuez ó una avellana; en las mayores cabe una manzana regular; pero la mayor parte son del tamaño de un huevo de gallina, iguales, y mas ó menos exactamente redondeadas, ó bien desiguales y anfractuosas; estas últimas resultan de la comunicacion de varias bolsas inmediatas, y su cavidad está comunmente atravesada por bridas ó prolongaciones que, cuando se rompen, quedan flotantes en su interior. Estas bridas, acerca de cuya naturaleza se han emitido diferentes opiniones, deben considerarse como formadas en el mayor número de casos, segun creia Laënnec, por el tejido pulmonal condensado é infiltrado de materia tuberculosa; otras veces son vasos pue casi siempre están obliterados, pero que sin embargo algunas veces permanecen permeables á la sangre, y pueden, cuando se dislaceran, dar lugar á hemorragias, que rara vez son graves, sin duda porque la sangre, derramándose y coagulándose en la caverna, puede obrar como medio hemostático. Casi nunca están formadas estas bridas por ramificaciones de los bronquios; porque, segun ha observado Laënnec, el primer efecto del desarrollo de la materia tuberculosa es la desaparicion de los tubos aéreos, no porque estos se hayan transformado en tubérculos, sino porque se destruyen completamente, opinion confirmada por las investigaciones de M. Louis.

Las escavaciones tuberculosas tienen casi siempre paredes resistentes, formadas por el tejido pulmonal endurecido, agrisado, infiltrado de granulaciones y de tubérculos crudos ó en diferentes grados de reblandecimiento. La cara interna de la caverna está tapizada por una falsa membrana, que es blanda y quebradiza en las escavaciones recientes, y densa, agrisada y casi semicartilaginosa en las antiguas. Segun M. Louis, tiene un cuarto de línea de grueso poco mas ó menos, y está comunmente cubierta por otra membrana muy blanda, amarilla ó blanca, rara vez continua con la otra. Sin embargo, muchas veces faltan del todo estas dos membranas, en cuyo caso se encuentra desnudo el tejido pulmonal. M. Louis ha encontrado esta disposicion en la cuarta parte de los tísicos que ha disecado.

Es muy raro que esten vacías las cavernas, y M. Louis no las ha visto en tal estado hasta fines del tercer mes ó principios del cuarto. Casi siempre contienen un líquido de naturaleza variable. Este es blanco-amarillento, y semejante al pús de las cavidades recientes, cuando no se ha evacuado todavía del todo la masa tuberculosa reblandecida. Mas adelante, especialmente si son escabrosas las cavernas, se encuentra un líquido agrisado, verdoso, sucio, sanioso, generalmente inodoro, pero que á veces exhala un olor fétido, análogo al de las maceraciones anatómicas: este olor es enteramente gangrenoso en los casos en que la caverna se mortifica accidentalmente. Una vez encontró M. Louis, en una de estas cavidades, una materia fibrinosa, organizada y formada probablemente por la sangre de una hemorragia antigua. El mismo observador ha encontrado

tambien una vez un fragmento de pulmon enteramente separado, de 16 líneas de largo y 10 de ancho. Las cavernas tuberculosas comunican directamente con uno ó muchos ramos bronquiales que se hallan destruidos en este punto. Algunas veces parece que se continúa la mucosa de las vías aéreas con la falsa membrana de las escavaciones; sin embargo, disecándolas con cuidado se encuentra su punto de union. Rara vez conserva la mucosa bronquial, segun ha observado M. Louis, su blancura natural en las inmediaciones de las cavernas; en el mayor número de casos tiene un color rojo vivo, lo cual parece que depende, en concepto del mismo profesor, del paso continuo á los bronquios de la materia purulenta que se segrega en las cavernas. Lo que justifica esta opinion es, que dicho color es raro en las inmediaciones de las masas de materia gris ó de los tubérculos crudos, y que es menos frecuente en los tubos bronquiales que se abren en las escavaciones recientes, que en los que comunican con las antiguas; finalmente, cuando es general, es mucho mas marcado alrededor de estas últimas que en todos los demás puntos. Ademas de la rubicundez, se encuentra algunas veces un ligero engrosamiento de la mucosa; en ciertos casos tambien se observan en ella pequeñas ulceraciones; finalmente el bronquio está mas ó menos ensanchado.

Sitio.—Hemos visto que los tubérculos eran mas numerosos y estaban mas desarrollados hácia el vértice del pulmon. Lo mismo sucede con las cavernas, pues las mayores y mas antiguas se encuentran siempre en el lóbulo superior. M. Louis observa con razon que las grandes escavaciones del vértice están por lo comun mas inmediatas al borde posterior del pulmon que al anterior. Muchas veces están formadas sus paredes, por detrás únicamente, por una falsa membrana semi-cartilaginosa de una línea á línea y media de grueso que rodea el vértice del órgano. En algunas ocasiones están en comunicacion estas cavernas por su parte inferior con una escavacion del lóbulo inferior, la cual se dirige casi siempre hácia atrás, y casi nunca al centro del lóbulo.

Los tubérculos ocupan generalmente los dos pulmones á la vez, pero casi siempre son mas numerosos, y están mas avanzados en el lado derecho que en el izquierdo. Sin embargo, cuando solo está afectado uno de estos órganos, es por lo comun el izquierdo, como lo han demostrado numéricamente MM. Louis y Andral.

Estado de los vasos sanguíneos en los pulmones tuberculosos.—Antes de describir las demás modificaciones que pueden sobrevenir en los tubérculos y en las cavernas, debemos dar á conocer las alteraciones sumamente curiosas que sobrevienen en la circulacion pulmonar á consecuencia de la obliteracion y destruccion de los vasos antiguos y del desarrollo de otros nuevos. Este punto de anatomía patológica, estudiado primero en Holanda por el doctor Schræder-van-der-Kolk, en una memoria publicada en Amsterdam en 1826, lo ha sido posteriormente en Francia por Nat. Guillot, cuyas interesantes investigaciones se han publicado en el diario titulado *l'Experience* de 1838. Resulta de las disecciones que ha hecho este distinguido profesor, que no solamente no penetran los ramos de la arteria pulmonar en las granulaciones grises ni en los tubérculos, sino que las ramas de este vaso se detienen á cierta distancia, á dos ó tres líneas de estas producciones morbosas; que cuanto mas aumentan estas de volúmen, mas se alejan de su perímetro las divisiones de la arteria; de suerte que

cuando los tubérculos son voluminosos ó se hallan reemplazados por cavernas, presentan á su alrededor una especie de cascaron de diez líneas de diámetro, en el cual no penetra ningun ramo de la arteria pulmonar. La estension de las irradiaciones de los vasos está siempre en proporcion inversa de la de los tubérculos ó de las cavernas. Si unos ú otros existen en corto número, se distribuye aun la arteria por la mayor parte de los pulmones; si luego van aquellas en aumento, las ramificaciones vasculares van por el contrario borrándose, primero en el lóbulo superior, despues á derecha y luego á izquierda en las regiones mas inferiores del órgano, y pueden desaparecer hasta tal punto, que M. Guillot, cuyas palabras vamos copiando, ha encontrado pulmones de tísicos en los que era tan corta la suma de irradiaciones de la arteria pulmonar en la base del órgano, que calcula que la cantidad de gelatina necesaria para llenarlas no pasaba de la que cabe en cuatro dedales. Cada dia, de consiguiente llega menos sangre negra al órgano destinado á recibirla. La superficie interna de los vasos está, sin embargo, sumamente sana en la época en que todavía los hay en los puntos enfermos. ¿Cuál es la causa de esta obliteracion? ¿Depende, como lo cree Schræder-van-der-Kolk, de un trabajo inflamatorio? Esta opinion no está justificada por la inspeccion anatómica. Se dirá que es la materia tuberculosa que comprime, oblitera y destruye los vasos. Eso es posible y hasta probable, pero acerca del particular no se ha podido llegar aun á una demostracion rigorosa.

A medida que van desapareciendo los vasos de sangre negra, se van desarrollando otros de distinto órden. En efecto, si se practica una inyeccion por la aorta, se perciben al rededor de los tubérculos vasos anormales que van en aumento y comunican, no con las estremidades de la arteria pulmonar, sino con las arterias que sirven para la circulacion general, es decir, con las arterias bronquiales, y en caso de adherencias costo pulmonales, que son casi constantes en los tubérculos, con las arterias del mediastino y de las paredes torácicas, tales como las mediastinas, las intercostales y las torácicas interna y esterna. De esto resulta para el pulmon una circulacion completamente nueva. Estos nuevos vasos empiezan á percibirse en la especie de cáscara que hemos dicho existia al rededor de los tubérculos, es decir, entre ellos y las últimas ramificaciones de la arteria pulmonar; se estienden luego fuera de estos límites, y en un período avanzado pueden ocupar todas las partes enfermas de los pulmones, reemplazando en ellos la arteria pulmonar, cuya existencia no puede ya reconocerse, de suerte que cuanto mas progresa la enfermedad tuberculosa, tanto mas aumenta para la sangre roja la capacidad del pulmon, y en la misma proporcion disminuye en capacidad para la sangre negra. Estos vasos, cuya prodigiosa cantidad es incalculable, se detienen al rededor de cada tubérculo sin penetrar en su interior: pero en las cavernas tienen otra disposicion, pues se prolongan por sus escabrosidades y por sus eminencias, y llenan y dan color á las columnas que con tanta frecuencia se estienden de un punto á otro de sus paredes.

¿Por qué vía vuelve al corazon la sangre aórtica que riega los pulmones tuberculosos? Cuestion es esta que han resuelto tambien las curiosas investigaciones de M. Guillot. Habiendo encontrado en las venas pulmonales, bronquiales y ácigos la inyeccion introducida por la aorta, dedujo, que parte de la sangre

volvia á las cavidades izquierdas, y que otra corriente se dirigia hácia las cavidades derechas. Las primeras reciben efectivamente con la sangre hematosada procedente de las ramificaciones de la arteria pulmonar que persisten aun, la sangre mas ó menos alterada que viene de los vasos de nueva formacion. Se comprende, pues, que no es exacto, como pretende Schræder-van-der-Kolk, que la circulacion nueva supla á la circulacion pulmonar destruida, y que sirva para la hematosis.

Trasformacion cretácea de los tubérculos.—Los tubérculos del pulmon esperimentan con frecuencia la transformacion cretácea, calcárea, y en alguos casos raros, una verdadera osificacion. Estas conversiones de la materia tuberculosa, consideradas por Bayle como una especie particular de tisis á que daba el nombre de *calculosa*, han sido estudiadas por Laënnec, Andral, Ernesto Boudet, y principalmente por el malogrado Rogée en una memoria que publicó en los *Archives* de 1839. En el dia se sabe positivamente que estas concreciones son indicios de los esfuerzos que hace la naturaleza para curar la enfermedad. No son raras estas trasformaciones, pues Rogée las ha encontrado en mayor ó menor número en la mitad de las mujeres ancianas que ha disecado en el hospital de la Salitrería (en 51 de 100); y ha probado ademas que estas concreciones cretáceas y calcáreas resultanban siempre de una trasformacion de la materia tuberculosa, y que no podian proceder de otra causa.

Cicatrizacion de las cavernas.—Las cavernas pueden esperimentar tambien diversas alteraciones, que indicadas por Laënnec, han sido mas completamente estudiadas por MM. Andral y Rogée. Este último ha descrito cuatro modos de cicatrizacion de las cavernas. En la primera forma se encuentra en el vértice del pulmon una cavidad anormal redondeada con bastante regularidad, de diferentes tamaños, tapizada interiormente por una falsa membrana mas ó menos densa y seca, que contiene aire ó un líquido sero-mucoso, ó algunos restos de materia tuberculosa, y que generalmente está en comunicacion con bronquios de un calibre notable. El tejido pulmonar subyacente está duro, no crepitante, é infiltrado de materia negra; muchas veces está fruncido, lo cual prueba, dice Rogée, que la cavidad se ha contraido algo; en algunas ocasiones se encuentran en él concreciones cretáceas ó calcáreas. Cuando está próxima la cavidad á la superficie del pulmon, está este enteramente adherido á la pleura costal por un tejido celular denso; algunas veces está fruncido, como deprimido y cubierto al mismo tiempo de una especie de placa fibro-cartilaginosa mas ó menos gruesa (*cicatriz con persistencia de la cavidad*, de Rogée; *cicatriz fistulosa*, de Laënnec).

Esta especie de cicatriz, que siempre tiene su sitio en el vértice, no puede ser consecutiva á ninguna enfermedad como no sea á una caverna tuberculosa. Pudiera decirse que era el resultado de un abceso: pero á esto se contestará con Rogée, que á escepcion de los abcesos metastáticos, que por otra parte nunca se curan, son mucho mas raros los abcesos pulmonares que las cicatrices de que tratamos, y no tienen su asiento esculsivamente como estas en el vértice. ¿Pudieran considerarse tales cavidades como consecutivas á la gangrena? En rigor no seria imposible; pero hay que tener presente que la gangrena, siendo una enfermedad tan rara, no puede esplicar las cicatrices que son bastate frecuentes y que solo existen en el vértice. La objecion de mas peso es la de que estas

cavidades pueden depender de una dilatacion bronquial. Sin embargo, si se considera que en la mayor parte de los casos la falsa membrana que tapiza la cavidad anormal difiere de la mucosa bronquial; que muchas veces presenta esta una solucion de continuidad manifiesta en la entrada de la caverna; que el tejido pulmonar adyacente presenta la dureza y todas las alteraciones que se encuentran al rededor de las cavernas, naturalmente nos inclinaremos á ver, en estos casos, un modo de cicatrizacion de una escavacion tuberculosa. A veces se encuentra esta llena en parte ó totalidad de materia cretácea ó calcárea; y en casi todos los casos, bronquios y vasos mas ó menos voluminosos vienen á perderse de pronto en el quiste que rodea dichas concreciones: por último, el tegido abyacente está mas ó menos endurecido, impermeable, negro, fruncido en su superficie y adherido á la pleura costal.

El tercer modo de cicatrizacion consiste en el desarrollo de un tejido fibro-cartilaginoso que resulta de la transformacion que ha esperimentado la falsa membrana de la escavacion. Esta se ha contraido, y aun puede obliterarse, no quedando entonces mas vestigios que una masa fibro-cartilaginosa compacta, en la cual terminan algunos bronquios de grueso calibre: Laënnec y Andral citan diferentes casos de esta especie. Es preciso, sin embargo, no caer en el error de tomar por verdaderas cicatrices un simple fruncimiento del vértice del pulmon, que existe á veces con producciones cartilaginosas dispuestas en forma de chapas ó de estrías, ó bien uniformemente y constituyendo una especie de casco duro. No es rara semejante disposicion; jamás existe sino en el vértice, y es difícil asignarla una causa probable; difiere sin embargo, de las cicatrices precedentes, en que la producion no profundiza mucho en el pulmon, y en que no termina en ella ningun bronquio ni vaso sanguíneo.

Finalmente, no es difícil concebir que ciertas escavaciones tuberculosas puedan contraerse, obliterarse, y dejar solo en su lugar una línea celular ó célulo-fibrosa, resultado de la simple adherencia de las paredes de la cavidad, como se observa despues de cicatrizadas algunas cavernas apopleticas del cerebro: sin embargo, todavía no existen datos auténticos acerca de esta curacion.

Al terminar Rogée su memoria, hace notar que en el mayor número de casos solo se encuentra una cicatriz, y que es raro encontrar dos ó tres en el mismo individuo. Estos hechos son sumamente importantes, y mas adelante sacaremos partido de ellos para probar que la tisis es curable; pero tambien demuestran que la curacion solo puede tener lugar cuando no es muy estensa la alteracion. (Véase para complemento el artículo *Tubérculos en general*).

Lesiones accidentales del pulmon y de la pleura.—En los sugetos que sucumben de resultas de la tisis, se encuentran con bastante frecuencia (en la cuarta parte) vestigios de pulmonía reciente, lesion que existe con corta diferencia en proporcion igual en otras muchas enfermedades crónicas, como ya hemos demostrado numéricamente en nuestro *Tratado de la pulmonía.* Aquí solo hablamos de los que mueren á consecuencia de una tisis ordinaria; porque cuando la enfermedad ha seguido una marcha muy aguda, en casi todos los casos se encuentra una hepatizacion estensa de uno y otro pulmon. Tan constantes son las adherencias de las pleuras á los pulmones, que M. Louis solo las ha visto faltar una vez en ciento doce tísicos queha abierto : en ninguna otra afeccion crónica existen con tanta frecuencia. Estas adherencias son parciales ó ge-

nerales; comunmente densas, apretadas, difíciles de romper, y están en propor cion por su número y resistencia con la alteracion del pulmon y con el grado á que ha llegado, lo cual esplica por qué son tan gruesas y tan duras en el vértice, hasta el estremo que muchas veces es imposible estraer el lóbulo superior como no sea á pedazos. Estas falsas membranas, generalmente célulo-fibrosas, pueden estar infiltradas de serosidad ó de materia tuberculosa. Tampoco es raro encontrar vestigios de pleuresía reciente, pues M. Louis los ha observado en la décima parte de los cadáveres.

Ulceraciones de las vías aéreas.—La mucosa de las vías aéreas tiene gran tendencia á ulcerarse en casi toda su estension en el curso de la tisis pulmonal, segun resulta de los infinitos hechos observados por M. Louis. Ya hemos visto que los bronquios estaban muchas veces ulcerados en las inmediaciones de las cavernas, y que se observaba esta ulceracion en la mitad de los casos. M. Louis ha encontrado ademas úlceras de la tráquea en la tercera parte de los cadáveres, y la mucosa tenia al mismo tiempo un color rojo intenso. La mayor parte de estas úlceras, ó á lo menos las de mas estension, tienen su residencia en las parte posterior del conducto. Muchas de ellas pasarian desapercibidas á causa del aplastamiento de sus bordes, de su poca estension y de su color, si no se examinase con cuidado la tráquea despues de haberla lavado bien. Menos comunes que las precedentes, las úlceras de la laringe solo existen en la cuarta parte de los sugetos; la mayor parte tienen cierta profundidad, son mas ó menos irregulares, y tienen de una á diez líneas de estension. Su asiento mas comun corresponde á la reunion de las cuerdas vocales; despues vienen las mismas cuerdas vocales, y en especialidad su parte posterior, la base de los cartílagos aritenoides, la parte superior de la laringe, y lo interior de los ventrículos. Estas úlceras pueden destruir una ó varias de las cuerdas vocales, y hasta los mismos cartílagos. La ulceracion de la epiglotis es mucho mas rara que la de la laringe y la tráquea, pues solo la ha encontrado M. Louis en la sesta parte de casos. Estas úlceras, algunas veces superficiales, pero generalmente profundas, sin que lleguen sin embargo á interesar el fibro-cartílago, existen casi esclusivamente en la cara laríngea de la epiglotis.

Resulta de todo lo dicho que las úlceras del conducto aéreo son comunes y que van en aumento desde la epiglotis hácia los pulmones. Ademas ha demostrado M. Louis que son mucho mas frecuentes en el hombre que en la mujer, y que esta lesion es casi peculiar de los tísicos, pues solo la ha encontrado una vez en cerca de setecientos individuos no tuberculosos que habian sucumbido de resultas de diversas enfermedades crónicas. Debemos sin embagargo hacer una escepcion respecto del muermo, que, tanto en el estado agudo como en el crónico, produce frecuentemente úlceras estensas y profundas en la laringe y en la tráquea: tambien el virus sifilítico puede ocasionar el mismo efecto en algunos casos, aunque muy raros. Tratando de investigar M. Louis cuál puede ser la causa de estas ulceraciones, las ha considerado como producidas en gran parte por la irritacion ó inflamacion que es consiguiente al contacto de la mucosa con las materias puriformes procedentes de las cavernas, lo cual esplica por qué son tanto mas comunes cuanto mas se aproximan á las escavaciones, puesto que la materia de la espectoracion formada por estas se detiene tanto mas sobre la mucosa aérea cuanto menos se aleja de su manantial. Hé aquí tambien por qué

sin duda las úlceras de la epiglotis ocupan solamente la cara laríngea de este apéndice, asi como la cara posterior de la tráquea, partes que en la posicion ordinaria de los enfermos están mas habitualmente en contacto con los fluidos morbosos. Sin embargo, el mismo M. Louis conviene en que no es esta la única causa de las úlceras de las vías aéreas, puesto que no se encuentran en sugetos cuyos bronquios han estado en contacto con materias igualmente irritantes, tales como el ícor canceroso, ó los detritus gangrenosos; de consiguiente preciso es admitir que la irritacion solo ha obrado en este caso como causa ocasional, y que solamente ha podido ejercer su accion á consecuencia de la diátesis del sugeto. Añadiremos por último, que las úlceras de las vías aéreas, al contrario de lo que sucede con las que se forman en los intestinos, casi nunca presentan en su superficie granulaciones grises. Nosotros solo lo hemos visto dos ó tres veces, y M. Louis no ha encontrado todavía ningun ejemplo; de suerte que no es posible admitir que las soluciones de continuidad de la laringe, de la tráquea y de los bronquios se forman, ó lo menos en el mayor número de casos, á consecuencia del reblandecimiento de tubérculos sub-mucosos.

Lesiones del aparato circulatorio.—Lejos de ser la tisis causa de los aneurismas del corazon, como suponen algunos, reduce por el contrario proporcionalmente el volúmen de este órgano. El corazon participa del adelgazamiento de todos los demás músculos, como resulta comprobado por los trabajos de MM. Louis y Bizot. Tambien hemos dicho que, segun se deduce de algunos hechos observados por este último médico, se nota algunas veces en los tísicos, y con especialidad en las mujeres, la degeneracion crasa del corazon.

Lesiones de los órganos digestivos.—En la boca y en la faringe se encuentra á veces una pequeña inflamacion difterítica con ó sin erosion del cuerpo mucoso; el esófago, casi siempre intacto, ofrece en algunas ocasiones, lo mismo que la faringe, pequeñas ulceraciones, que no se encuentran en ninguna otra enfermedad crónica. Sin embargo, todas estas alteraciones son raras, principalmente si se comparan con las que se observan en la porcion infra-diafragmática de los órganos digestivos. Generalmente se encuentra el estómago dilatado y mas bajo, circunstancias que M. Louis atribuye á los esfuerzos de la tos; su mucosa está reblandecida y adelgazada en la quinta parte de los casos, con especialidad en el gran fondo; esta lesion es mas comun en las mujeres que en los hombres en proporcion de doce á siete; una duodécima parte de tísicos presentan ademas ulceraciones. Ninguna de estas lesiones es peculiar de los tuberculosos; pero son mucho mas comunes en ellos que en los sugetos que sucumben de resultas de otras enfermedades crónicas; asi es que mientras en los primeros se encuentran lesiones graves del estómago en las cuatro quintas partes de los casos, no se encuentran estas mismas lesiones en los segundos, sino en la mitad. MM. Louis, Andral y Tonnelé, están conformes en que, á pesar de la frecuencia de las lesiones del estómago, lesiones que casi todas son inflamatorias, es raro sin embargo encontrar en esta víscera tubérculos sub-mucusos. Esta es una nueva prueba, dice M. Louis, contra los que han considerado los tubérculos como un resultado de la inflamacion.

Los intestinos delgados presentan con frecuencia diversas alteraciones: puede estar la mucosa engrosada, adelgazada, reblandecida, y diversamente inyectada; pero estas lesiones, como ha demostrado M. Louis, no son mas comunes

en los tísicos que en los que sucumben de resultas de cualquiera otra enfermedad crónica; mas no sucede lo mismo con las que nos resta que estudiar. En efecto, solo en los sugetos tuberculosos se encuentran debajo de la mucosa intestinal granulaciones, que unas presentan todos los caracteres de la materia tuberculosa, al paso que otras, blancas y mas duras, ofrecen la resistencia y el aspecto de los cartílagos. Mas ó menos numerosas, se han visto, con especialidad las últimas, esparcidas por toda la longitud del intestino, á distancia de una, tres ó cuatro pulgadas unas de otras; generalmente son mayores y mas numerosas á proporcion que se aproximan al ciego. Las granulaciones duras, como semi-cartilaginosas, solo existian en los casos observados por M. Louis debajo de la mucosa, al paso que las granulaciones grises ó enteramente tuberculosas se encontraban igualmente debajo del peritoneo y entre las fibras de la membrana muscular. Nuestra opinion, conforme con la de M. Louis, es que estos dos órdenes de granulaciones constituyen una misma lesion, aunque en diferentes grados; unas y otras, cuando adquieren el tamaño de un guisante, y principalmente cuando se reblandecen, desgastan y llegan á ulcerar la mucosa en el punto en que están en contacto con ella.

Las ulceraciones intestinales, formadas comunmente como acabamos de decir existen en las cinco sestas partes de los sugetos tuberculosos, segun resulta de las investigaciones de M. Louis. Su número, sus dimensiones y su profundidad, dice este célebre observador, se aumentan con pocas escepciones á proporcion que se aproximan al ciego; pueden existir en toda la estension de los intestinos delgados (en una sesta parte de casos); pero generalmente se encuentran concentradas en el tercio inferior. Cuando no son muy considerables, tienen su sitio en las mismas chapas que las úlceras de la fiebre tifoidea, es decir, en el lado opuesto al mesenterio; son redondeadas ó elípticas, y pueden llegar á invadir todo el contorno del intestino. Unas veces son blancas, otras agrisadas ó rojizas, y tienen los bordes elevados ó aplanados; su fondo, cubierto muchas veces de granulaciones, está formado por el tejido celular endurecido, ó bien por la túnica muscular, cuyas partes se encuentran destruidas otras veces. En algunas casos se ha encontrado una perforacion completa; sin embargo, casi nunca se verifica esta en el peritoneo, porque, á consecuencia de la lentitud de la ulceracion, da tiempo á que se formen adherencias protectoras; pero si el fondo de la úlcera está tapado por las paredes abdominales ó por una asa intestinal, sucede á veces que se estiende á estas partes el trabajo destructor, dando márgen á una de esas dobles perforaciones de que ya hemos tenido ocasion de hablar. Las ulceras cuyos caracteres mas notables acabamos de delinear, sin ser esclusivamente peculiares de la tisis, casi nunca se encuentran en las demás enfermedades crónicas, á escepcion de la disentería.

Ademas de las granulaciones semi-cartilaginosas, se encuentran en los intestinos gruesos todas las lesiones que acabamos de describir en los delgados; las úlceras son tan comunes en ellos como en el íleon.

Para terminar la enumeracion de las alteraciones que presenta el tubo digestivo, diremos, con MM. Andral y Louis, que es infundada la opinion de los médicos que creen que la fístula del ano es muy frecuente en los tísicos; pues antes por el contrario es tan rara, que de ochocientos tubercolosos solo en uno la ha visto Andral.

Glándulas linfáticas.—M. Louis ha encontrado las glándulas cervicales mas ó menos tuberculosas en la décima parte de los tísicos; idéntica lesion presentan los ganglios bronquiales en la mitad de casos, y los ganglios mesentéricos solo en la quinta parte. (Véase mas adelante la *Historia de la tisis bronquial y de la tabes mesentérica.*)

Lesiones del aparato de la bilis.—Una de las lesiones concomitantes mas notables de la tisis es la transformacion grasa del hígado; ó mejor dicho la glomeracion de grasa en las celdillas biliares, segun M. Léreboullet lo ha manifestado (1). Semejante alteracion existe en las dos terceras partes de los sugetos, y mas comunmente en las mujeres que en los hombres. El hígado tansformado en grasa es, por lo general, mas voluminoso; tiene un color leonado, salpicado de encarnado por dentro y por fuera; conserva su forma natural, y generalmente no tiene tanta consistencia; engrasa el dedo y el escalpelo como cualquier cuerpo grasiento; y si se pone un pedazo sobre una hoja de papel de filtro y se calienta, se mancha este como con aceite. Habiendo M. Félix Boudet analizado un hígado graso, halló en él la materia grasa jabonosa diez y ocho veces mas abundante que en los hígados sanos. La proporcion de colesterina se elevó de 1 á 8, al paso que la materia animal se hallaba casi reducida á la mitad de su peso.

La transformacion grasa del hígado casi no se encuentra mas que en los tísicos, y son completamente desconocidas las causas que la producen; la constitucion no ejerce influencia alguna en dicha alteracion; tampoco hay analogía entre el estado del hígado y el del tubo digestivo, con especialidad del duodeno. La bilis no presenta ninguna alteracion constante, si bien es en general mas pálida, mas fluida y menos abundante.

Bazo, riñones, uretra, útero, peritoneo.—Generalmente se encuentran intactos estos órganos, y solo en algunos casos raros se han hallado en ellos tubérculos. Cuando hay peritonitis, crónica siempre es de naturaleza tuberculosa.

Centros nerviosos.—Los centros nerviosos no presentan mas lesiones especiales que granulaciones miliares en la pia-madre; pero no son muy frecuentes estas alteraciones.

El doctor Boyd, médico inglés, publicó en 1844, en el *Dublin medical Press*, un artículo en que dice que el peso de los órganos internos en los tísicos es mayor que el peso medio, y que la estatura es un poco mayor que en los sugetos no tuberculosos. Esos asertos están muy lejos de ser incontestables.

Síntomas.—Para esponer los síntomas con algun método creemos necesario, á imitacion de Laënnec y de Louis, dividir el curso de la tisis en dos períodos, uno anterior y otro posterior al reblandecimiento y á la evacuacion de la materia tuberculosa.

Primer período.—En el mayor número de casos empieza la enfermedad sin causa apreciable y de una manera lenta y oscura. Algunos individuos se ponen flacos y pálidos, pierden el apetito y tienen dispepsia. Sin embargo, casi siempre hay trastornos especiales que llaman la atencion hácia los órganos pecto-

(1) *Mémoires de la Académie impérials de médicale*, t. XVII, p. 477.

rales. Casi todos los enfermos tienen tos, ya seca, ya acompañada de esputos claros, casi como la saliva; creen hallarse afectados de un simple catarro; continúan entregados á sus ocupaciones habituales, y las funciones digestivas se conservan generalmente intactas. Con todo, á pesar de la aparente benignidad de los síntomas torácicos, no tardan en presentarse la demacracion y sudores nocturnos, casi siempre limitados á algunas partes del cuerpo, como la parte anterior del pecho, la cabeza y las palmas de las manos; estos sudores ofrecen una circunstancia notable, y es que solo sobrevienen durante el sueño, y desaparecen en cuanto se despiertan los pacientes. En otros individuos el primer accidente que se observa es una hemotipsis grave que les sorprende, hallándose en un estado de completa salud; sin embargo, lo mas frecuente es que se declare esta hemorragia despues de los primeros síntomas que acabamos de enumerar. La hemoptisis, accidente casi desconocido antes de los siete años, y raro antes de los quince, es mas comun en las mujeres que en los hombres en proporcion de 3 á 2: en el hombre se observa con igual frecuencia antes que despues de los cuarenta años, al paso que en la mujer falta mas comunmente de los diez y nueve á los cuarenta años, que de los cuarenta á los sesenta y cinco, lo que prueba, dice M. Louis, que es el que ha obtenido estos resultados, que la hemotipsis que se declara en la tisis de las mujeres no es suplementaria del flujo menstrual, el cual, como diremos mas adelante, acaba siempre por disminuir y aun suprimirse en cierto período de la tisis. Al mismo tiempo que se presentan los síntomas precedentes, tienen los enfermos fatiga; muchos se quejan de dolores mas ó menos intensos, ora en la espalda y entre las escápulas, ora en uno de los lados del pecho. Estos dolores dependen, unos de pleuresías parciales que sobrevienen al nivel de los tubérculos, como lo prueban las numerosas adherencias de la pleura, al paso que otros son producidos por una neuralgia intercostal, afeccion muy comun en los tísicos, segun resulta de las investigaciones recientes de MM. Bassereau y Valleix. Segun M. Beau, algunos de estos dolores, especialmente los que se perciben en los primeros espacios intercostales, dependen de una nevritis concomitante.

Si se hace la esploracion del tórax en este período, no se encuentra generalmente ninguna modificacion apreciable en la sonoridad ni en la elasticidad de esta cavidad. En muchos casos, sin embargo, se descubre por la percusion en un punto circunscrito, y casi siempre por encima ó por debajo de la clavícula, en la region sub-clavicular, en la axila, en la fosa supra-espinosa, ó en la parte superior de la fosa escapular, un sonido oscuro, que comunmente solo existe en un lado, ó que por lo menos es mucho mas notable en uno que en otro: á veces se conserva el sonido claro; pero el dedo que percute percibe una sensacion de elasticidad menor. Este carácter, en muchos casos es el único signo físico que puede revelar la existencia de los tubérculos en su principio.

Los signos que suministra la auscultacion son mas variados, y muchos se revelan con caracteres muy marcados en una época en que la percusion solo da todavía resultados negativos. La auscultacion de la respiracion, en el primer período de la tisis, pone de manifiesto, ya los ruidos naturales mas ó menos modificados simplemente, ya estos mismos ruidos acompañados ó reemplazados por los ruidos anormales conocidos con el nombre de *estertores*.

Una de las primeras modificaciones que sufre el ruido respiratorio es la

alteracion en la duracion relativa y en la intensidad del murmullo vesicular. Sabido es que en el estado normal este ruido es blando y pastoso, continuo y sin sacudimientos, y mucho mas fuerte, y por lo menos tres veces mas prolongado durante la inspiracion que durante la espiracion. Pero estas relaciones varían con frecuencia cuando el pulmon contiene tubérculos; entonces se hace cada vez mas sensible el ruido espiratorio, y á veces llega á igualar y á esceder por su duracion al ruido de la inspiracion, en términos, dicen MM. Barth y Roger, de llegar á estar en razon inversa de la fisiológica. Puede existir sola esta prolongacion de la espiracion; pero comunmente, á la par que se prolonga el ruido espiratorio, se hace tambien mas estrepitoso, mas áspero, y á veces da al oido la sensacion de un ligero soplo bronquial. Estos fenómenos se encuentran casi siempre limitados á un espacio poco considerable, que generalmente ocupa el vértice del pecho (1). En otros casos de infiltracion tuberculosa del vértice, está solamente debilitado el ruido respiratorio en este punto; otras veces, por el contrario, es estrepitosa y como pueril, pero este caso es mucho mas raro que el precedente. La debilidad de la respiracion se esplica fácilmente por la compresion y obliteracion de cierto número de vesículas. Cuando la respiracion es pueril, debe suponerse un aumento de accion y de energía de las vesículas; pero no debe confundirse la exageracion del ruido respiratorio ó la respiracion fuerte con la respiracion *dura*. En esta no solamente es mas estrepitoso el murmullo vesicular, sino que da ademas al oido una sensacion de aspereza y de sequedad. Esta alteracion del ruido respiratorio es la que algunos observadores contemporáneos han descrito con los nombres de respiracion *seca*, *áspera*, de *ruido de lima*, de *roce pulmonal*. Con frecuencia en tales casos retumba mas la voz y la tos en los mismos puntos, y aplicando la mano, se percibe un aumento de vibracion de las paredes torácicas, fenómeno perfectamente descrito por M. Wals catedrático en Londres en el Manual que ha publicado, y que ya hemos citado con elogio. Estos últimos fenómenos resultan de que el pulmon, endurecido y mas ó menos impermeable, refuerza los ruidos naturales, los exagera y se hace mejor conductor de las vibraciones escitadas por la tos y por la voz.

Hácia el fin de este período, y cuando se reblandecen los tubérculos, empieza á oirse una especie de estertor sub-crepitante, pero de burbujas mas gruesas, que da al oido una sensacion de sequedad (*chasquidos secos*), ó de humedad (*chasquidos húmedos*). Estas burbujas son por lo comun poco numerosas, y solamente se oyen durante la inspiracion.

Generalmente en este primer período conservan los enfermos el apetito; muchos de ellos tienen diarrea de cuando en cuando, que sobreviene sin causa conocida, persiste algunos dias y desaparece para volverse á presentarse de nuevo al cabo de mas ó menos tiempo. Por último, algunos individuos tienen vómitos, pero casi siempre son consecuencia de los ataques de tos. El enflaquecimiento hace progresos continuos, y muchas veces al fin de este período se observa por la tarde un ligero movimiento febril.

Segundo período.—En este período es mas frecuente y mas incómoda la

(1) Laënnec habia indicado la espiracion prolongalada y su valor en la tísis; pero no habia insistido lo bastante en este fenómeno, del cual apenas se hacia caso, cuando MM. Andral y Jackson, y posteriormente Fournet, llamaron de nuevo hácia él la atencion.

tos, con epecialidad durante la noche, en términos que á muchos enfermos les quita completamente el sueño. Los esputos, que antes eran blancos, esperimentan diversas modificaciones, cuya descripcion ha hecho M. Louis perfectamente: se vuelven verdosos, opacos, privados de aire, y están estriados de líneas amarillas mas ó menos numerosas. A veces se encuentran en ellos pequeñas partículas de una materia blanca, opaca, semejante al arroz cocido (Bayle); mas adelante son los esputos homogéneos y redondeados, ó bien están como rasgados en su circunferencia; son pesados, mas ó menos consistentes, no siempre se van al fondo del agua, y muchas veces están flotantes en la superficie de un líquido claro, de una especie de pituita difluente, segun la espresion de Bayle. Despues de haber sido verdosos por espacio de mas ó menos tiempo, los esputos, dice M. Louis, adquieren un color agrisado y un aspecto sucio, análogo al de la materia contenida en las escavaciones tuberculosas ya antiguas. Estas variaciones sobrevienen generalmente pocos dias antes de la muerte; entonces pierden los esputos parte de su consistencia, forman una especie de papilla, y á veces están manchados de sangre ó rodeados de una aureola de color de rosa. No tienen los esputos ningun sabor particular, y no son salados ni azucarados, como han supuesto algunos. M. Lebert ha probado que los esputos de los tísicos no se distinguen por ningun carácter microscópico de los demás esputos inflamatorios. Sin embargo, analizando las fluidos de las cavernas, halló en ellos glóbulos de pus, de pióides, glóbulos tuberculosos, fibras pulmonales y muchas membranas falsas. Con todo, la mayor parte de esos productos no existiendo ó existiendo apenas en las cavernas, debemos decir que se destruyen en los bronquios y que estos suministran la mayor parte de los elementos que se encuentran en los esputos de los tísicos. Se segregan los esputos en cantidad muy variable; en algunos casos, bastante raros, son arrojados en masa y casi á bocanadas; en tal caso decian los antiguos que existia una vómica. Sin embargo, no es probable que jamás sean orígen de esta espectoracion los tubérculos reblandecidos y abiertos de repente en los bronquios; generalmente depende esta mas bien de que un derrame pleurítico circunscrito se abre paso por en medio del pulmon. No obstante, es indudable y esta es tambien la opinion de M. Louis, que basta un aumento momentáneo de secrecion en las cavernas y en los bronquios que comunican con ellas para producir estas abundantes espectoraciones, que han hecho admitir lo que se ha llamado vómicas. La hemoptisia es bastante frecuente en este período, aunque algo menos que en el precedente, y generalmente es tambien menos abundante. Al mismo tiempo aumentan la disnea y la opresion, son mas intensos y persistentes los dolores de pecho, y reclaman á veces un tratamiento muy activo.

En esta época son ya muchísimo mas marcados los signos que suministran la auscultacion y la percusion. Percutiendo la parte superior del tórax al nivel de las regiones sub-claviculares y supra-espinosas, se percibe, ya en ambos lados, ya en uno solo, una oscuridad notable del sonido, y aun una desaparicion completa, y por consiguiente una falta absoluta de elasticidad. Aplicando el oido á estos puntos, se nota que son mas húmedos los chasquidos y mas numerosos, y muchas veces se oye un verdadero estertor sub-crepitante ó mucoso; el ruido respirtorio es nulo, ó bien áspero y traqueal; la voz retumba mas todavía que en el período precedente, y ofrece los caracteres de la broncofonia.

En un período aun mas adelantado, cuando están enteramente reblandecidos los tubérculos y existen cavernas, se oye un grande estertor húmedo, que en las fuertes inspiraciones y en los golpes de tos da al oido la sensacion que produciria la agitacion de un líquido mezclado con burbujas de aire. Este fenómeno que, cuando no es muy graduado, se confunde con los estertores mucoso y subcrepitante, se distingue perfectamente de estos en su forma mas marcada; en semejante caso se designa con el nombre de *estertor cavernoso* ó con el de *gorgoteo*. Dicho estertor puede percibirse en la inspiracion ó en la espiracion, y mas comunmente aun en los dos tiempos á la vez; pero para que se observe es indispensable que no esté enteramente llena de líquido la caverna, y que tenga comunicacion con los bronquios. Desaparece momentáneamente cuando se vacía enteramente la escavacion, ó cuando algun obstáculo se opone á la introduccion del aire; su intensidad es tanto mayor cuanto mas vasta es la cavidad y mas superficialmente está situada, en cuyo caso puede percibirla el médico á cierta distancia, y el enfermo tiene tambien conocimiento de ella, y aun puede sentirse aplicando el dedo á un espacio intercostal. El estertor cavernoso se encuentra generalmente limitado al vértice de los pulmones, y solo se oye en un espacio que está en relacion con la estension de las escavaciones tuberculosas; sin embargo, algunas veces se percibe desde lejos y en una grande estension del pecho, siempre parecido á sí mismo en cuanto á su forma, pero con una intentensidad que decrece progresivamente. M. Chomel dijo estar seguro de que en este caso habia, á mas de cavernas, una induracion del tejido pulmonar que transmite el ronquido mas ó menos lejos del lugar en que nace. En otros, al contrario, el ruido es en todas partes el mismo, en cuanto á su intensidad y forma, y el costado da al percutirlo un sonido completamente macizo. Dice M. Chomel que hay en este caso un derrame pleurítico y una vasta caverna que no está separada de la pleura mas que por un tabique muy delgado, ó que comunica con ella por una estrecha abertura. En los puntos en que no existe el gorgoteo, no se percibe el murmullo vesicular; el ruido de espansion pulmonar se encuentra en tal caso reemplazado por un soplido estrepitoso como el que se produce espirando con fuerza y con la boca muy abierta entre las dos manos puestas de modo que formen una cavidad (Barth y Roger). Este fenómeno se percibe en los dos tiempos de la respiracion, y ofrece una inmensidad de gradaciones con respecto al timbre y á la intensidad. Circunscrito á un espacio poco considerable, como el estertor cavernoso, es unas veces permanente y otras solo se le oye con intervalos, y puede alternar con el gorgoteo, cuyas diferencias se esplican por las diversas condiciones en que se encuentran las cavernas. En efecto, fácilmente se concibe que la respiracion cavernosa producida por el retumbo del aire en una cavidad preternatural no debe verificarse cuando la caverna está llena ó casi llena de líquido, ó cuando un obstáculo cualquiera situado en los bronquios se opone á la penetracion del aire. Por el contrario, el soplido cavernoso tiene su máximum de intensidad cuando es muy vasta la caverna, está cerca de la superficie y rodeada de tejido endurecido, y cuando tiene comunicacion con los bronquios. En estos casos de escavaciones espaciosas, la respiracion cavernosa se vuelve retumbante y adquiere el timbre metálico; es decir, que presenta entonces todos los caracteres de la respiracion anfórica, de que nos ocuparemos mas adelante; á veces coexiste con el tañido metálico. Cuando son superficia-

les las cavernas, dice Laënnec que se oye una variedad de respiracion cavernosa, que llama *respiracion de fuelle*, en la que parece que el aire es atraido del oido del observador durante la inspiracion, y rechazado hácia él en el acto de la espiracion. Otras veces, segun dice el mismo autor, es tal la respiracion de fuelle, que parece que se agita un velo movible interpuesto entre el oido y una escavacion pulmonar. Este último fenómeno, que Laënnec llamaba *soplo de velo*, se refiere, en su concepto, á la desigual densidad de las paredes de la caverna en que se forma. Sin embargo, conviene advertir que estos dos últimos fenómenos acústicos (*respiracion de fuelle y soplo de velo*) son muy raros, y no tienen todavía un valor bien determinado, por cuya razon no insistiremos mas en ellos.

La auscultacion de la voz suministra tambien algunos fenómenos importantes. Aplicando el oido al nivel de una caverna y haciendo hablar al enfermo, parece que sale la voz directamente del pecho y que pasa al conducto del estetóscopo. Cuando se vale el médico de la auscultacion inmediata, parece que el enfermo le habla al oido; de consiguiente existe una gran diferencia entre este fenómeno, que Laënnec ha llamado *pectoriloquia*, y el retumbo simple ó la broncofonia, en que la voz es confusa y nunca articulada. Sin embargo, la *voz cavernosa*, no siempre es manifiesta; pues para que exista es indispensable que la escavacion sea bien circunscrita, y de mediana estension (la de una nuez ó un huevo pequeño), que esté casi vacía, que tenga una comunicacion bastante ancha con los bronquios, presentándose próxima á la superficie y que el enfermo no esté afónico, y como rara vez se encuentran reunidas todas estas circunstancias, resulta que la pectoriloquia falta muy á menudo. Laënnec lo habia advertido ya, y por eso admitia tres especies de pectoriloquia, que llamaba *perfecta*, *imperfecta* y *dudosa*; pero únicamente la primera tiene un valor real y efectivo, patognomónico, al paso que las otras dos apenas difieren de la broncofonia, ó del retumbo ordinario.

Los signos físicos propios de las escavaciones pulmonares ofrecen algunas diferencias en la niñez. Resulta, en efecto, de las laboriosas investigcaiones de MM. Rilliet y Barthez, que los niños menores de cinco años que tienen en el vértice de los pulmones vastas cavernas, no presentan comunmente la auscultacion, ni el gorgoteo, ni la respiracion cavernosa, ni la pectoriloquia. En estos casos se encuentran reemplazados los síntomas cavernosos por síntomas puramente bronquiales, es decir, por la respiracion tubaria, por el estertor mucoso, la broncofonia y el sonido macizo en la parte superior del pulmon y en toda su altura por delante, fenómenos que pudieran hacer sospechar una pulmonía, si la marcha de los accidentes, su sucesion y los síntomas concomitantes no viniesen á ilustrar al médico. En los niños de mas de cinco años no difieren los signos de las escavaciones de los que se observan en el adulto. Estos signos pueden ser primitivos; pero generalmente vienen precedidos de los fenómenos bronquiales que se observan en la primera edad. Estos dos órdenes de fenómenos físicos serán característicos de las cavernas tuberculosas, si por el método de esclusion llegamos á determinar que no hay pulmonía, ni dilatacion de los bronquios, ni desarrollo de los ganglios bronquiales. MM. Barthez y Rilliet no han podido apreciar hasta ahora la causa que establece tan notable diferencia entre los fenómenos que da la auscultacion en los tísicos de menos de cinco años, y los que se perciben por el mismo medio en los que pasan de dicha edad.

Cuando existen vastas cavernas en el vértice de los pulmones, que han destruido casi toda la sustancia del órgano, sucede con frecuencia que se encuentra reemplazado el sonido macizo que se percibia antes debajo de las clavículas y en la fosa escapular por la sonoridad normal y aun por una exageracion de esta. Pero para que esto suceda, es necesario que la pared de la caverna se haya adelgazado en estremo, que apenas se halle formada mas que por la pleura, porque por poco gruesa que sea, el sonido será macizo ó al menos oscuro y habrá una disminucion mas ó menos completa de la elasticidad normal, cualquiera que fuere el volúmen del aire contenido en la cavidad. Estos resultados de percusion, desconocidos de muchos médicos que creen que al nivel de una caverna vacía hay necesariamente exageracion de la sonoridad normal, se esplican por el endurecimiento de la pared y por la impermeabilidad del tejido pulmonar que la constituye. Si la caverna se halla en parte llena de líquido y sus paredes son delgadas y elásticas, la percusion hace percibir á su altura un ruido, un estremecimiento análogo al que da una olla cascada, acompañado de una resonancia de vacío ó de hueco muy manifiesta, y á veces de un verdadero gorgoteo: este fenómeno es el que ha designado Laënnec con el nombre de *ruido de olla cascada.* (1)

En este período es cuando la inspeccion de las paredes del tórax ofrece fenómenos muy interesantes. Ademas del enflaquecimiento general que presentan se observa que las regiones supra é infra-clavicular están muy deprimidas, y que las primeras costillas son poco ó nada movibles en el acto de la inspiracion. En muchos tísicos es menor que en los sugetos sanos el diámetro transversal, y mas especialmente la longitud de la circunferencia del pecho; pero prescindiendo de esta configuracion, que es natural, primordial, sobrevienen otros cambios en la cavidad torácica cuando hay tubérculos. Segun Bayle y Laënnec, en los tísicos en que sigue la enfermedad un curso crónico, se estrecha el pecho, y adquiere ademas una forma cilíndrica, segun resulta de las investigaciones de MM. Hirtz y Fournet. Sin embargo, esta circunstancia no la creemos suficientemente demostrada, y acaso seria mas exacto decir con M. Piorry, que la disminucion de la circunferencia de la cavidad torácica por su parte superior depende en muchas ocasiones, mas bien de la atrofía de los músculos pectorales y de los del omóplato, que de un achicamiento real del pecho en este punto.

Si no se ha presentado ya la fiebre en el primer período, se declara en este, y si existia ya, se aumenta. M. Louis se ha convencido, por la análisis de sus observaciones, de que el movimiento febril aparece con los primeros síntomas en poco menós de la quinta parte de los casos; en otra quinta parte, se mani-

(1) MM. Reynaud y Piorry han dado una teoría muy satisfactoria del *ruido de olla cascada.* En concepto de estos médicos, es debido este ruido á la misma causa que el que se obtiene cuando, poniendo las dos manos juntas y en hueco, se golpea con ellas sobre las rodillas. Se concibe en efecto que cuando son delgadas las paredes de la escavacion pulmonar, y las del tórax están adelgazadas y deprimidas, por una percusion fuerte ejercida á su altura el aire contenido en la caverna se escape de repente por los tubos bronquiales, y produzca al salir el ruido que conocemos. Sin embargo, el *ruido de olla cascada* no es un signo seguro de escavacion, pues se ha encontrado muchas veces en sugetos que solo tenian pulmonía ó pleuresía, y aun en sugetos cuyos órganos pectorales se hallaban enteramente sanos. En los individuos muy demacrados, es fácil algunas veces producir el *ruido de olla cascada* cuando, colocado el dedo, no paralelamente á las costillas, sino en direccion perpendicular, y percutiendo con mas ó menos fuerza sobre él, se empuja de repente el aire que se halla en el espacio intercostal subyacente. En este caso se esplica perfectamente dicho ruido por la teoría de MM. Reynaud y Piorry.

fiesta en el primer período; por último, en las otras tres quintas partes no se presenta hasta el segundo. La fiebre puede ser continua y sujeta á exacerbaciones nocturnas: á veces tiene dos en las veinticuatro horas, una hácia el medio dia y otra al anochecer ó á media noche; comunmente va acompañada de escalofríos seguidos de calor y de sudores. Estos son á veces escesivos, pero en otros casos faltan del todo, segun ha observado M. Louis en la décima parte de casos.

Estas especies de accesiones febriles, durante las cuales ha visto M. Andral elevarse la temperatura del cutis, á 39 y 40 grados, se reproducen á veces con una regularidad perfecta, con uno de los tipos propios de las fiebres intermitentes, y principalmente con el de cotidiana, doble cotidiana, terciana y doble terciana. La fiebre héctica es un fenómeno que vale mucho y que indica ya una alteracion profunda; á su vez se convierte tambien en nueva causa de debilidad. La lengua casi siempre está limpia, la sed es variable, á veces escesiva; pero el apetito disminuye constantemente casi en la misma proporcion que las fuerzas. En algunos casos, dice M. Louis, hay completa anorexia, aunque la membrana mucosa del estómago se halle enteramente sana, ó no presente mas que lesiones leves y recientes. Muchos enfermos vomitan; pero estos vómitos no dependen únicamente de la violencia de los golpes de tos, sino tambien de la inflamacion, de la ulceracion y del reblandecimiento del estómago.

En este período se aumenta la diarrea. Este accidente, que, cuando mas falta en la vigésima parte de los enfermos, se declara principalmente desde que empieza la fiebre héctica; aparece con intervalos mas ó menos largos; cesa, vuelve á presentarse, y se hace persistente, á medida que la enfermedad se aproxima á su término fatal. La dirarea comunmente viene acompañada de dolores de vientre; y es mucho mas abundante y contínua, cuando ademas de ulceraciones, hay un reblandecimiento extenso de la membrana mucosa. Cuando las úlceras tienen su residencia en el recto, las cámaras son por lo comun sanguinolentas y vienen acompañadas de pujo.

La ulceracion de los conductos aéreos, que sobreviene en este período, da igualmente lugar á diversos accidentes: asi es que cuando está ulcerada la epiglotis, sienten los enfermos un dolor fijo encima del cartílago tiróides; la deglucion es difícil, dolorosa, y parte de las bebidas salen por las fosas nasales. Cuando está ulcerada la laringe, con especialidad si es al nivel de las cuerdas vocales, se altera mas ó menos, la voz que se pone ronca, cascada, ó falta del todo; los enfermos sienten al nivel de los cartílagos tiróides y cricóides, dolor y calor, especialmente cuando hablan ó tosen. Las úlceras de la tráquea no se revelan comunmente por ningun síntoma apreciable. Ni M. Louis ni nosotros hemos visto jamás estos ataques de disnea que segun algunos autores, sobrevienen en los casos de ulceracion de la tráquearteria.

Desde luego se concibe que con todos los padecimientos que hemos enumerado y con todas las causas debilitantes que existen, debe hacer rápidos progresos el enflaquecimiento. En efecto, el marasmo es escesivo y semejante al que se observa en el cáncer del estómago: los enfermos pierden las fuerzes, se suprimen las reglas en las mujeres, comunmente desde que empieza la calentura, y los hombres, lejos de presentar como cree el vulgo, una exaltacion de las funciones genitales, ven por el contrario que se debilitan estas en la misma

proporcion que las demás funciones de la economía, segun resulta de las investigaciones de M. Louis confirmadas por las nuestras. Fnalmenté, en los tísicos se desarrolla, mucho mas frecuentemente que en los sugetos afectados de cualquiera otra enfermedad crónica, una conformacion particular de las uñas y de la última falange de los dedos. Se presenta esta abultada en su estremidad; la uña está como levantada hácia la raiz, está mas ó menos aplastada transversalmente, y se encorva con fuerza de delante atrás: en tal caso se dice que las uñas y los dedos están hipocráticos. Semejante estado, conocido de muy antiguo, ha sido estudiado en estos últimos años por muchos médicos, y especialmente por el catedrático Trousseau, en el *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de 1834 por MM. Pigeaux y Vernois en los *Archives* de 1832 y de 1835.

El estado moral de los tísicos ofrece un contraste muy notable al principio y al fin de la tísis confirmada. En el primer período los enfermos están inquietos, azorados: temen una grave enfermedad de pecho, pero mas adelante, cuando se presentan minados por la calentura hética, la mayor parte desconocen su posicion y alimentan esperanzas; forman proyectos sobre un remoto porvenir, y lo mas digno de notarse es que los hombres mas versados en los conocimientos médicos se hacen acerca del particular una ilusion tan completa como los que nunca han saludado la ciencia.

En medio de tan graves desórdenes, era de creer que la sangre hubiese sufrido algunas modificaciones importantes en su composicion, y para averiguarlo se entegaron á repetidas investigaciones MM. Andral y Gavarret. Vamos pues á dar á conocer los principales resultados que han obtenido dichos profesores.

Lo mismo que el cáncer, mientras los tubérculos permanecen en su estado de crudeza, sin ningun signo de flegmasia á su alrededor, presenta constantemente la sangre á la análisis su cantidad natural de fibrina. Pero cuando se reblandecen estas masas, y se establece á su alrededor un trabajo eliminatorio, al momento se encuentra en esceso la fibrina, de tal suerte, añade M. Andral, que la mayor proporcion de este principio en la sangre, no depende del desarrollo del producto accidental, sino de la inflamacion que se agrega á él en cierto período de su existencia: nueva prueba que hay que añadir á otras muchas, de que el trabajo que crea los diferentes productos accidentales no es de la misma naturaleza que el de la inflamacion. Sin embargo, el esceso de fibrina que hemos notado en cierto período de la tisis no es constante, ó á lo menos no es permanente; asi es que cuando los enfermos han llegado al último grado de debilidad y marasmo, la cantidad de fibrina que se habia aumentado durante el trabajo de eliminacion puede disminuir entonces y llegar á ser menor que en el límite inferior de su estado fisiológico.

Mas notables son todavía las alteraciones que esperimenta la sangre en la cantidad de los glóbulos: asi es que M. Andral ha indicado que, desde el principio de la tuberculizacion pulmonar, y cuando apenas se puede conocer aun su existencia por la auscultacion, son ya menos abundantes los glóbulos; en ningun caso los ha visto igualar su término medio fisiológico de 127: su número mayor es 122, y el minimun 99, generalmente están entre 100 y 120, aproximándose mas al primer número que al segundo. Asi pues resulta que los individuos en quienes empiezan á tuberculizarse los pulmones, presentan aquella

modificacion particular en la composicion de la sangre que es propia de las constituciones débiles, se hallan en un principio de anemia, y su sangre es igual á la de los enfermos á quienes se han hecho muchas sangrías. Sin embargo, á proporcion que progresan los tubérculos pulmonales, va siendo cada vez menor el número de glóbulos, y llega por fin á su mínimum cuando los pulmones están llenos de cavernas. Conviene advertir (y esto jamás se hubiera previsto por la teoría) que el número de glóbulos nunca es tan escaso en la tisis como en la clorosis, y que es enorme la diferencia entre ambas afecciones, puesto que en el último período de la tuberculizacion pulmonal, ha visto M. Andral que el número de glóbulos estaba entre 80 y 100, y nunca bajaba de 72, al paso que en la clorosis baja espontáneamente hasta 30 ó menos. Esta diferencia esplica por qué es tan raro encontrar en los tísicos el ruido de fuelle carotídeo que tan comun suele ser en las cloróticas; y las modificaciones que esperimenta la sangre dan razon del aspecto presentado por este líquido en los diferentes períodos de la tisis pulmonal. Asi es que al principio es generalmente el coágulo pequeño y denso, á causa de la mediana cantidad de glóbulos y de no haber variado la cantidad fisiológica de fibrina, pero á medida que se reblandecen los tubérculos y que se forman cavernas, se ve que, achicándose cada vez mas el coágulo, se cubre de una costra tanto mas gruesa y mejor formada, cuanto mas adelantada se halla la desorganizacion pulmonal. Dos circunstancias, dice M. Andral, contribuyen evidentemente en este caso á la produccion de dicha costra; la primera es el aumento de la fibrina, que con frecuencia se nota en el último período de la tisis; y la segunda la disminucion cada vez mayor del número de glóbulos, la cual hace que sea aun mas considerable la cantidad relativa de fibrina. La costra casi es tan constante, segun M. Andral, en los períodos avanzados de la tisis pulmonal, como en la pulmonía y en el reumatismo articular.

Los resultados obtenidos por MM. Becquerel y Rodier difieren de los precedentes, en que estos profesores afirman que al principio de la tisis, si no existe ninguna complicacion, presenta la sangre su composicion normal. Solo mas adelante, cuando se reblandecen los tubérculos, y se declaran la hemoptisis y la diarrea, el número de glóbulos disminuye con rapidez, y algunas veces considerablemente.

Curso, duracion.—La tisis tiene casi siempre un curso lento y continuo: sin embargo, no es raro ver sobrevenir durante él mejorías notables, seguidas al cabo de mas ó menos tiempo, de nuevos accidentes, que llegan á hacer sucumbir á los enfermos. Este curso intermitente, raro en la infancia y en la juventud, es mas comun en los adultos y en los viejos. Laënnec creia que casi ningun tísico sucumbia al primer ataque de la afeccion tuberculosa, y decia que generalmente las primeras accesiones se tomaban por catarros; que otras existian sin tos y sin espectoracion notable. Semejante opinion es exacta en cierto número de casos, pero es preciso no generalizarla demasiado. A veces la tisis, en lugar de empezar de un modo manifiesto con sus síntomas habituales, se presenta precedida con mas ó menos anticipacion de diarrea crónica. En los niños se observan con mas frecuencia los síntomas de la tabes mesentérica ó de la tuberculizacion de los ganglios bronquiales. Laënnec llamaba *irregular* la tisis que parecia empezar por otro órgano, ó cuyos síntomas se manifestaban antes de los de la tuberculizacion de los pulmones.

La tisis, lo mismo que la mayor parte de las enfermedades agudas y crónicas, puede existir en estado latente; pero, segun dice Laënnec, es raro que permanezca en tal estado durante todo su curso. En estas especies de tisis puede haber tubérculos en gran número en los pulmones, y formarse luego cavernas sin tos ni esputos: pero en semejantes casos casi siempre se enflaquecen y desmejoran los enfermos, y tienen diarrea y fiebre héctica. Estos síntomas, atendiendo á la escesiva frecuencia de la tisis pulmonal, deben llamar siempre la atencion del médico, y hacerle esplorar con detencion los órganos pectorales, en cuyo caso siempre encontrará algun signo positivo por la percusion y por la auscultacion. Los casos en que es mas fácil equivocarse, son aquellos en que se declara la tisis en el curso de otra enfermedad crónica, capaz por sí sola de producir el marasmo y una calentura lenta.

Algunas veces sigue la tisis un curso agudo, es decir, que en vez de durar uno ó dos años, como sucede en el mayor número de casos, termina en dos ó tres meses, y aun en un mes ó menos; esta es una forma de la enfermedad muy bien estudiada por M. Leudet en la tesis que sostuvo en París en 1851. Las tisis agudas son con muchísima frecuencia, como hace notar Laënnec, el producto de afecciones tuberculosas de los pulmones que, latentes en un principio, por espacio de mas ó menos tiempo, se descubren despues, ora espontáneamente, ora á consecuencia de una enfermedad aguda, como una pulmonía, una pleuresía, un sarampion ó una fiebre tifoidea. En este caso sobrevienen de repente los dolores de pecho, una tos pertinaz, una fiebre aguda, y un enflaquecimiento rápido, con los signos físicos que hemos enumerado anteriormente. Hay, sin embargo, una forma de tisis aguda, de curso sumamente rápido, en la cual es intensa la fiebre y estremada la opresion; no existen mas signos físicos que los de un catarro pulmonal agudo, y los enfermos sucumben de resultas de los trastornos de la respiracion, antes que el marasmo haya hecho sospechar la naturaleza de la enfermedad: en tales casos se encuentran comunmente los pulmones rellenos de tubérculos miliares. Al lado de esta forma de tisis debemos colocar otra, de que M. Andral ha referido muchos ejemplos en su clínica, en la cual el síntoma predominante, el que mas principalmente llama la atencion y constituye el riesgo aparente de la enfermedad, es la dificultad de respirar. De dia en dia, dice M. Andral, se va haciendo esta mas considerable, asemejándose á la disnea que acompaña á las afecciones orgánicas del corazon, cuyo desarrollo es sumamente rápido. En tales casos sucumben los enfermos en una especie de estado de asfixia antes de haberse demacrado notablemente, y sin haber presentado, prescindiendo de la disnea, ningun otro accidente del aparato respiratorio, mas que una tos que muchas veces no llama la atencion ni por su intensidad ni por su frecuencia, ni viene acompañada de espectoracion particular.

Hay una forma de tisis aguda que se puede llamar *tifoidea*, en que los enfermos se quejan en un principio de una cefalalgia intensa, están como atontados, desvarían, deliran, y la lengua y los dientes se ponen fuliginosos; hay algunas veces un poco de meteorismo, y se observan saltos tendinosos y varias erupciones cutáneas, especialmente petequias y sudamina.

En los niños se observa, acaso con mas frecuencia que en el adulto, la tisis aguda; pero generalmente no es solo en el pulmon donde hay tubérculos, pues

en tales casos se han desarrollado estos productos morbosos simultáneamente en otra porcion de órganos. Los fenómenos que se observan entonces por parte de las vías respiratorias consisten únicamente en una tos molesta, con opresion comunmente escesiva; la respiracion es por lo general áspera, ruidosa, con estertores secos y húmedos; hay agitacion, el niño se desmejora en poco tiempo y puede sobrevenir la muerte en dos ó tres septenarios.

Es posible hallar en la tisis aguda las lesiones pulmonales que ofrece la forma crónica. Sin embargo, no existen generalmente mas que granulaciones que no solo se infiltran en los dos pulmones, sino que se encuentran ademas en otros varios órganos.

M. Louis ha hecho ver que en los sugetos que sucumben de resultas de la tisis aguda, se encuentran exactamente las mismas lesiones secundarias que cuando sigue la enfermedad su curso ordinario, difiriendo únicamente en el grado, es decir, que no están tan avanzadas en la tisis agudas; pero se encuentran en la misma proporcion que en la tisis ordinaria, escepto, sin embargo, la neumonía que, como ya hemos dicho, es casi constante en la tisis aguda, y ocupa comunmente los dos pulmones á la vez, ó bien uno solo, y en este caso se estiende á todo él. Este resultado, que hemos indicado en nuestras investigaciones y que M. Louis ha confirmado en las suyas, prueba que los tubérculos son una causa de pneumonía cuando se desarrollan rápidamente y en gran número.

La tisis, con especialidad en los sugetos que han llegado al período medio de la vida, sigue comunmente un curso crónico, es decir, que puede prolongarse por espacio de cinco, diez, quince, veinte y cinco, y aun cuarenta años. Los individuos que se hallan en este caso esperimentan, segun Bayle, de cuando en cuando recrudescencias, durante las cuales vuelve á presentarse la fiebre héctica y hace el marasmo progresos rápidos; despues vuelven á recobrar poco á poco las fuerzas con el apetito, y la tos se modera y aun desaparece con la espectoracion. No son muy comunes los casos de esta especie, y solo se observan en la clase acomodada de la sociedad. Estos individuos enclenques y siempre delicados, llegan, sin embargo, á una edad muy avanzada, y suelen sucumbir á consecuencia de otra enfermedad que no sea del aparato respiratorio; pero al hacer la autopsía se encuentran en los pulmones tubérculos en diversos grados de evolucion, desde el estado miliar al cretáceo. Esta lentitud en el curso es especialmente notable en los viejos, en los cuales faltan, por otra parte, muchos de los síntomas que predominan en la juventud. La hemoptisis es rara y poco abundante; los síntomas estetoscópicos son menos marcados, los sudores menos copiosos, y hasta suelen faltar enteramente, y lo mismo la diarrea. La calentura, en general poco intensa, no se nota mas que por la tarde y la noche.

Ciertos estados fisiológicos han sido considerados como capaces de suspender la marcha de la tisis, citándose principalmente la menstruacion y el embarazo. Esas aserciones carecen de fundamento. Respecto de la primera, la tisis en las jóvenes impide completamente el establecimiento de las reglas, y cuando estas se manifiestan por casualidad, no hacen mas que aparecer sin que de su aparicion resulte por lo comun ningun bien para la salud.

Se cree generalmente tambien que el embarazo que se desenvuelve en el curso de una tisis pulmonal, puede suspender la marcha de esta; pero que in-

mediatamente despues del parto, la lesion orgánica toma un desarrollo rápido y acarrea una muerte pronta. Ya en la tercera edicion combatí yo esta doctrina, sucesivamente defendida por Bordeu, Cullen, J. Frank, Portal, y otras grandes autoridades. He estudiado de nuevo esta interesante cuestion, y demostrado en un trabajo especial, que el embarazo, lejos de tener sobre la tisis el poder suspensivo que se le atribuye, parece mas bien precipitar el curso de la lesion orgánica. El parto y el estado puerperal no tienen tampoco la influencia que se les supone. No es, pues, exacto decir, que dan impulso al trabajo morboso. Con frecuencia la tuberculizacion prosigue despues del parto su curso anterior. Algunas veces, al contrario, cuando la lesion se halla aun poco adelantada, hay detencion, suspension momentánea mas ó menos larga de los accidentes. En mi concepto el embarazo mas bien activa que retarda los progresos de la tuberculizacion pulmonal, puesto que me ha parecido que la duracion media de la enfermedad era mas corta en estas condiciones que en las mujeres de la misma edad que se han vuelto tísicas no hallándose embarazadas. Me ha parecido tambien que la tuberculizacion, en la mayor parte de los casos, no modificaba en lo mas mínimo el curso del embarazo. Casi todas las mujeres á que me refiero paren con prontitud y sin grandes dolores, niños con frecuencia flacos y enclenques, pero paren tambien algunas veces, niños gruesos y robustos que contrastan singularmente con la tisis de su madre. La doctrina que aquí sostengo, y cuya esposicion completa se halla en el tomo XXII de los *Archives gènèrales de mèdecine* (4.ª serie) ha sido confirmada por las investigaciones del doctor Dubreuil de Burdeos, cuyo interesante trabajo fue el objeto de un informe leido por mí en 1851, en la Academia de Medicina (1).

Duracion.—De lo dicho resulta, que no hay cosa tan variable como la duracion de la tisis, que puede ser desde un mes hasta mas de cuarenta años. Sin embargo, las notas estadísticas de Bayle y de Louis han demostrado que la duracion media de la tisis para la clase jornalera era de menos de un año, al paso que en la clase acomodada es mas larga la duracion y no puede sujetarse á cálculo. M. Louis ha probado que sobrevenia la muerte mas rápidamente en las mujeres que en los hombres. Por regla general parece que la enfermedad marcha tanto mas deprisa cuanto mas jóvenes son los enfermos: asi es que pasados los cuarenta años es cuando principalmente se observan las tisis crónicas, al paso que en la juventud se la ve recorrer sus períodos en algunas semanas. MM. Barthez y Rilliet calculan que la duracion de la tisis en la infancia, es de tres á siete meses.

Terminaciones.—Bayle consideraba la tisis como esencialmente incurable; pero esta proposicion no es exacta, porque afortunadamente hechos numerosos han puesto en el dia fuera de duda que la tisis era susceptible de curacion en todos sus períodos. Se encuentran vestigios de esta terminacion muy frecuentes en los adultos y en los viejos: sègun Boudet se hallan en las $^{9}/_{11}$ de los que mueren desde los quince á los setenta y seis años, al paso que la suspension del desarrollo de los tubérculos es rara en la infancia, especialmente antes de los tres años. M. Guillot dice igualmente, que en Bicetra los $^{4}/_{5}$ por lo menos de los viejos, cuyos órganos examinaba despues de la muerte, presentaban vestigios

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII.

indudables de una afeccion tuberculosa antigua. Finalmente, M. Boau habiendo abierto en la Salitrería 160 cadáveres de mujeres, encontró en 157 cicatrices características en el vértice de ambos pulmones. Puede efectuarse la curacion cuando todavía existen los tubérculos en estado crudo, ó bien despues de reblandecidos y evacuados. En el primer caso se enquistan ó secuestran, ó bien esperimentan la transformacion cretácea; en el segundo, se evacua el producto morboso, y la caverna que queda se oblitera por un verdadero trabajo de cicatrizacion. Hasta ahora no admitimos la absorcion de estos productos morbosos, á pesar de que Ernesto Boudet sostiene la opinion contraria, pues á veces sucede que se depositan porciones de materia negra, ó mas bien moléculas carbonosas alrededor de los tubérculos en su interior, ó bien en el contorno de las cavidades que suceden á su evacuacion: este es uno de los modos de terminacion de la tisis, que no ha sido bien conocido hasta que Boudet y Guillot han publicado el resultado de sus investigaciones. El último es el que principalmente ha demostrado (*Archives* de 1845) que en los viejos se acumulaba la materia carbonosa alrededor del perímetro de todas las partes enfermas, bien sea que haya granulaciones miliares, tubérculos ó cavernas. Las moléculas del carbon obran aislando el producto morboso, impidiendo el desarrollo de nuevos vasos que constantemente se forman alrededor de él, segun resulta de las inyecciones tan hábiles de M. Guillot. Este distinguido y célebre profesor considera el depósito de materia carbonosa alrededor del perímetro del tubérculo como un hecho necesario é indispensable, no para la curacion, sino para que puedan verificarse modificaciones importantes en la enfermedad: pues si no fuese asi, dice Guillot, ¿por qué en medio de estas aglomeraciones de una infinidad de tubérculos, se habia de ver que en los puntos mas distantes del contacto de las moléculas del carbon, sigue la tisis en la vejez el curso que afecta en el adulto? Sin embargo, hasta haora no está completamente demostrado este punto de anatomía patológica. Sea como quiera, conviene advertir que no debe esperarse la curacion de la tisis sino cuando es poco avanzada y circunscrita. Dos veces, sin embargo, he visto en dos sugetos minados por una fiebre consuntiva, cicatrizarse una vasta caverna. Pero casos semejantes son escesivamente raros y pueden llamarse milagrosos. La muerte es, pues, la terminacion mas constante de la enfermedad; por lo comun sobreviene lentamente y á consecuencia del detérioro progresivo de la salud; otras veces viene á acelerar el término fatal una enfermedad intercurrente, como una pulmonía, una pleuresía, una meningitis tuberculosa, ó una angina edematosa; algunos tísicos sucumben á consecuencia de una hemoptisis fulminante, ó de los accidentes que ocasiona una perforacion pulmonal ó intestinal. Finalmente, muchos mueren de repente en un estado de síncope, en un período, es verdad, bastante avanzado de la enfermedad, pero cuando todavía parecia que esta se habia de prolongar algun tiempo.

Complicaciones, y lesiones concomitantes.—No haremos mas que recordar aquí que los tísicos presentan con frecuencia diversas lesiones que se desarrollan bajo la influencia de la misma diátesis, y que se revelan durante la vida por síntomas especiales; tales son las diversas ulceraciones de los conductos aéreos y del tubo digestivo, la peritonitis crónica con produccion de tubérculos

en las falsas membranas, la meningitis granulosa, las perforaciones pulmonales, las de la membrana del tambor que ocasionan la sordera, los flujos crónicos por el conducto auditivo externo, y finalmente, en los niños se observa la tuberculizacion de los ganglios bronquiales y mesentéricos.

Entre las enfermedades intercurrentes que pueden sobrevenir en el curso de la tisis, solo hablaremos de la pulmonía y de la pleuresía. La pulmonía es frecuente como última lesion, segun hemos dicho anteriormente al hablar de los caracteres anatómicos. Pero ademas es bastante comun la inflamacion pulmonal en un período no tan avanzado de la enfermedad; y en tales casos es muy notable que tiene poca gravedad y termina comunmente de una manera favorable. Nuestras observaciones en este punto están enteramente conformes con las que habian recogido antes MM. Louis y Andral; pero nosotros hemos demostrado ademas que la pulmonía que sobrevenia en un período poco avanzado de la tisis, no parecia agravar á lo menos en el mayor número de casos, la enfermedad primera: proposicion que M. Louis ha encontrado ser exacta. La pleuresía (se entiende que solo hablamos de la pleuresia grave de cierta estension) tiene sobre la tisis una influencia muy diversa de la que ejerce la pulmonía. La primera en efecto, rara vez se cura, y en los casos en que retrograda, acelera la marcha fatal de la enfermedad que ha venido á complicar. Conviene advertir que la pleuresía grave de los sugetos tuberculosos suele ser generalmente doble (Louis); circunstancia rara, por el contrario, en los individuos cuyos pulmones están perfectamente sanos. Asi es que la manifestacion de una pleuresía doble, con especialidad cuando se desarrolla lentamente, aunque sea en un sugeto sano y robusto en apariencia, debe hacer sospechar la existencia de tubérculos pulmonales.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la tisis presenta algunas dificultades en muchos casos, especialmente en el primer período de la enfermedad; sin embargo, cuando se conoce bien el valor de algunos de los síntomas, es fácil determinar desde el principio la naturaleza de la afeccion.

Asi es que una *tos* que empieza sin causa conocida, que por espacio de muchas semanas es *seca*, ó que cuando es húmeda, provoca la espulsion de esputos que permanecen por espacio de mucho tiempo claros, espumosos y blancos; una tos que coexiste con dolores pleuríticos en el dorso y en las partes laterales del pecho, debe infundir *vehementísimas sospechas* de la existencia de tubérculos pulmonales. Aun es mayor la presuncion cuando enflaquecen rápidamente los enfermos, aunque sean poco intensos los dolores, conserven el apetito, y no exista fiebre ni ninguna secrecion exagerada que pueda debilitarlos. En efecto, en un catarro pulmonal, que es la única enfermedad que pudiera suponerse, no es seca la tos por espacio de tanto tiempo; los esputos varian rápidamente de carácter, y los dolores torácicos, cuando existen, son esternales, producen una sensacion de calor y de dislaceracion, y no se parecen en nada á los dolores pleuríticos de la tisis. Finalmente, cuando no existe fiebre y se conserva el apetito, permanece la gordura y no hay disminucion de fuerzas.

Si en semejantes condiciones sobreviene una hemoptitis un poco abundante, es decir de dos á cuatro onzas, no queda ya duda de la existencia de tubérculos en los pulmones. La misma hemoptisis, sin tales antecedentes, aunque sobrevenga en el estado de salud mas satisfactorio al parecer, si no es traumáti-

ca ni supletoria de una hemorragia constitucional, y si tampoco es sintomática de una gangrena ó de un carcinoma de los pulmones, casi de seguro indica la presencia de tubérculos pulmonales, pues de mas de dos mil cuatrocientos enfermos interrogados minuciosamente por M. Louis, y que no se hallaban en ninguna de las condiciones que acabamos de indicar, ninguno habia tenido hemoptisis un poco grave, si no estaba tísico. La hemoptisis es un síntoma maligno cuando á consecuencia de ella tosen algun tiempo los enfermos, cuando se han debilitado y enflaquecido y el restablecimiento es lento.

Entre los signos racionales debemos enumerar tambien como de mucho valor, la fiebre que se presenta todas las tardes ó á media noche, y los sudores parciales en la cabeza, en el pecho y en la palma de la mano que sobrevienen dudurante el sueño, porque semejantes accidentes no se observan en los catarros simples, y si se notan en las supuraciones profundas y en las reabsorciones purulentas, es en circunstancias particulares y acompañados de otros síntomas que permiten referirlos á su verdadera causa. Sin embargo, en algunos casos raros hay lugar á dudar, y entonces la auscultacion y la percusion tienen que ilustrar el diagnóstico, aunque sin necesidad de ello, y atendiendo únicamente á la estremada frecuencia de la tisis, debe sospecharse *á priori* esta enfermedad antes que otra cualquiera.

Los resultados que suministran la auscultacion y la percusion, son sumamente importantes; sin embargo, no son patognomónicos los signos obtenidos por estos medios de esploracion, y especialmente por el segundo, y su mayor ó menor valor depende del punto del pecho en que se los observa. Asi es que un sonido oscuro ó macizo permanente en una ó en ambas regiones, supra ó infraclaviculares, ó una simple disminucion de la elasticidad, cuando se presente, indicará casi de fijo, y prescindiendo de cualquiera otra consideracion, la existencia de tubérculos en el vértice de los pulmones, en atencion á que en este punto es donde casi siempre se presentan primero estas producciones morbosas y á que de todas las lesiones crónicas que pueden oscurecer el sonido de la parte superior del tórax, son sin contradiccion los tubérculos las que con mas frecuencia se observan, y los que por consiguiente deberán sospecharse de preferencia. Conviene advertir que para que tengan algun valor los resultados obtenidos por la percusion, es indispensable que sean bien marcados y constantes; asi que cuando es poco considerable la diferencia de sonoridad entre ambos lados del pecho, no debe admitirse como demostrada, segun aconseja M. Louis, sino despues de repetir muchas veces la esploracion, colocándose alternativamente á derecha y á izquierda del enfermo, y de haberle examinado de pié, sentado y echado, y de haber obtenido siempre el mismo resultado, porque la práctica ordinaria, la de los profesores mas versados en la percusion, ha demostrado que en un mismo enfermo y en el caso en cuestion pueden variar de un momento á otro los resultados de la percusion debajo de la clavícula, lo cual solo puede preceder de que no se percute bien, cosa que puede sucederles á los mas ejercitados en este medio de esploracion (Louis). En los casos raros en que es igual la disminucion de la sonoridad en ambos lados, es muy fácil desconocerla si no se tiene la precaucion de percutir de abajo arriba, pues entonces se percibe fácilmente que el sonido debajo de las dos clavículas no es tan claro como un poco mas arriba de la tetilla.

Por muy útil que sea la percusion en el diagnóstico de la tisis, debemos advertir, que algunas veces únicamente suministra resultados negativos, no solo al principio, sino tambien en un período avanzado; esto es lo que sucede, por ejemplo, cuando los tubérculos son poco voluminosos, infiltrados y se hallan en un estado miliar. Lo mismo sucede á veces con la auscultacion que, en efecto, puede no dar ningun resultado positivo, aunque esté demostrada por los signos racionales la existencia de tubérculos en los pulmones. Sin embargo, en el mayor número de casos se nota alguna modificacion en el murmullo vesicular antes que se altere la sonoridad del pecho. En efecto, dicho murmullo puede ser mas débil ó mas fuerte ó mas rudo, ó bien se altera la espiracion que, suave y apenas marcada en el estado fisiológico, se vuelve dura, áspera, á veces bronquial y se prolonga en términos de igualar y aun esceder la duracion de la inspiracion: al mismo tiempo retumban algo mas de lo regular la tos y principalmente la voz. Estos fenómenos, limitados al vértice, especialmente en las regiones subclavicnlares, indican casi con seguridad la existencia de tubérculos: sin embargo, conviene advertir que segun resulta de las investigaciones de MM. Louis, Gerhard, Walsh y de las nuestras, existe con mucha frecuencia debajo de la clavícula derecha, en el estado fisiológico, una espiracion prolongada, sibilosa, y un retumbo mas considerable de la voz que en el lado izquierdo; lo cual depende, segun ha demostrado M. Gerhard, de que el bronquio derecho mas corto que el izquierdo, está mas inmediato á la tráquea y tiene un volúmen mucho mayor. De esto resulta que la espiracion un poco prolongada y el retumbo poco considerable de la voz, no tienen el mismo valor en el lado derecho que en el izquierdo; que estos fenómenos tienen siempre cierta importancia en el lado izquierdo, especialmente si no existen en el derecho, al paso que en este último lado no tienen la misma significacion (Louis). En cuanto á los estertores subcrepitante y mucoso limitados al vértice, y que persisten algun tiempo, tienen mucho valor para el diagnóstico de los tubérculos pulmonales; porque si dependiesen únicamente de una bronquitis capilar, existirian simultáneamente en ambos lados, y se generalizarian. Conviene recordar aquí lo que he dicho ya varias veces. En el enfisema pulmonal complicado con bronquitis, es muy comun hallar el nivel de los arcos y de consiguiente por lo general debajo de las clavículas, un estertor subcrepitante, y si los bronquios dilatados en este punto contienen tambien mucosidades, se percibe un zurrido que ha hecho creer á algunos médicos poco atentos ó poco instruidos en la existencia de una caverna. Pero si se considera que en este punto la sonoridad es perfecta y hasta exagerada, y que la voz no retumba, se atribuirá el estertor á la verdadera causa que lo produce. Sépase sin embargo, que el enfisema suele acompañar á los tubérculos, cuyos signos físicos encubre, y que en semejantes casos, solo por medio de los signos racionales, por el enflaquecimiento, la calentura héctica y los sudores nocturnos, se llega al diagnóstico de la lesion principal.

Reasumiendo M. Louis el valor de los signos acústicos, dice que la existencia simultánea en el vértice del pulmon izquierdo de una espiracion un poco prolongada y un poco dura, de un poco de broncofonia y de algunos chasquidos en un caso en que los síntomas racionales dejan todavía dudas, haria casi desaparecer toda incertidumbre, y una alteracion ligera de la sonoridad del pecho en el punto correspondiente, daria una seguridad completa.

Sin embargo, no siempre puede formarse directamente el diagnóstico del primer período de la tisis, y por lo regular hay que establecerle de un modo indirecto, por analogía y por el conocimiento de algunas leyes de anatomía patológica, cuyo descubrimiento es debido en gran parte á M. Louis. Asi es que en el dia está demostrado que la pleuresia doble indica casi con seguridad la existencia de una afeccion tuberculosa; lo mismo sucede con las úlceras de la laringe cuando no son efecto de la sífilis ó del muermo. Hemos visto igualmente que la meningitis granulosa suponia siempre la existencia de tubérculos pulmonales, y que lo mismo sucede las mas veces con la peritonitis crónica. Finalmente, la observacion demuestra tambien qne una diarrea que se prolonga muchos meses sin interrupcion, que se resiste á la dieta, á los mucilaginosos, ó los opiados y á los revulsivos, y que va acompañada de demacracion, es peculiar casi exclusivamente de los tísicos.

El diagnóstico de la tisis en su segundo período no ofrece duda ninguna, porque ademas del carácter de los esputos, ademas de la demacracion y de la diarrea, la percusion y la auscultacion suministran signos importantes, tales como el sonido macizo, reemplazado á veces por una exageracion de la sonoridad, cuando la caverna es superficial, el ruido de olla cascada, el gorgoteo, la respiracion cavernosa, la pectoriloquia, y cuando es muy estensa la escavacion, la respiracion anfórica y el tañido metálico. Hemos visto anteriormente que por lo general era fácil distinguir una escavacion tuberculosa de una dilatacion de los bronquios; el olor gangrenoso, el aspecto de los esputos y el curso de la enfermedad son signos suficientes para distinguir una escavacion pulmonal consecutiva á la gangrena, de la que es efecto del reblandecimiento y evacuacion de los tubérculos. Tampoco se encuentra la menor dificultad para distinguir un abceso de los pulmones que comunique con los bronquios de una caverna tuberculosa.

Ningun médico medianamente instruido podrá confundir la tisis aguda con una pulmonía, una pleuresía ó una bronquitis capilar, porque en ningun período se observan los signos característicos de estas enfermedades, y sí solamente un aparato febril intenso, con tos, disnea, dolores torácicos, sed intensa y anorexia, accidentes que se resisten a todos los medios de tratamiento que se emplean, y que bien pronto son seguidos de demacracion, de diarrea colicuativa, de espectoracion opaca, verdosa y de signos positivos suministrados por la percusion y la auscultacion. Varios accidentes tifoideos, como el delirio, el sarro de la boca, el meteorismo ligero, las pecas, podrian en la tisis dar á entender que existe una dotinenteria; sin embargo, en la primera no hay comunmente epistasis, ni zurrido, ni manchas lenticulares, y la disnea es mas intensa y los dolores torácicos mas marcados que en la fiebre tifoidea.

Pronóstico.—Inútil es insistir mas en probar cuán grave es la tisis, pues ocasiona la muerte de casi todos los individuos que la padecen. Sin embargo, ya hemos dicho que podia contenerse, y aun curarse, aunque en muy reducido número de casos. La abundancia y frecuencia de las hemoptisis, la fiebre, los sudores copiosos y la diarrea colicuativa, son accidentes de mal agüero, y que consumiendo las fuerzas, aceleran mucho la terminacion fatal de la enfermedad. En igualdad de circunstancias, es mas grave la tisis hereditaria que la adquirida: sin embargo, no es absolutamente incurable la primera, pues se citan algunos casos de curacion.

Etiología.—La etiología de la tisis es uno de los puntos mas oscuros de la historia de esta enfermedad, y puede decirse que, á pesar de los numerosos y laudables esfuerzos y trabajos de nuestros contemporáneos, están todavía por resolver la mayor parte de las cuestiones; porque aunque la ciencia posee muchas aserciones destituidas de pruebas, carece en cambio de hechos rigorosamente observados. Vamos, pues, á enumerar en los párrafos siguientes las principales causas que se han invocado para esplicar el desarrollo de la tisis pulmonal, dividiéndolas en predisponentes y eficientes.

Puede decirse por regla generalmente que no hay ninguna edad al abrigo de la tisis, pues se encuentran tubérculos pulmonales en los primeros meses de la vida extra-uterina y aun en el feto, igualmente que en los adultos y viejos. Sin embargo, podemos asegurar que, rara antes de la primera denticion, se hace mucho mas frecuente despues, y lo es principalmente, segun M. Lombard, de los cuatro á los cinco años, aunque MM. Rilliet y Barthez dicen, que con corta diferencia es igual su frecuencia en todos los períodos de la infancia: en la pubertad queda un poco estacionaria, pero se hace mas mortífera hácia los veinte años. El máximum de mortalidad de esta afeccion es, segun el doctor Clarke, hácia los treinta años, y disminuye gradualmente de esta edad en adelante; lo cual está conforme con los resultados que suministra la estadística de París, en la que se establece en el órden siguiente la frecuencia de la tisis pulmonal en las diferentes edades: 20 á 30 años; —30 á 40; —10 á 20; —40 á 50; —50 á 60; —desde el nacimiento á los 10 años; —de los 60 á 70; —70 á 80; —80 á 90; —90 á 100. No es exacto, como dice Bayle, que de los 40 á los 50 años sea el período en que con mas frecuencia se desarrolla la tisis en los hospitales de París.

Laënnec habia observado que era mas frecuente la tisis en las mujeres que en los hombres, y esta opinion ha sido confirmada por las notas estadísticas de MM. Louis y Benoiston de Châteauneuf. M. Papavoine ha advertido tambien el mismo predominio de la tisis en las niñas; pero segun MM. Rilliet y Barthez solo adquiere mayor frecuencia la tuberculizacion pulmonal en estas últimas en la época de la pubertad, al paso que antes de esta época es mas frecuente en los varones. Sea como quiera, conviene advertir que aunque los resultados precedentes sean probablemente exactos respecto de París, acaso no lo serán relativamente á otros paises; pues resulta de algunos documentos, especialmente de los que ha reunido el doctor Clarke en su obra, que en muchos puntos de Europa ó de América, como en Ginebra, Berlin, Hamburgo, Nápoles, Nueva-York, Suecia y algunas ciudades de la misma Francia, como Ruan, acomete la tisis con mas frecuencia á los hombres que á las mujeres.

Aunque tambien se observa la tisis en sujetos robustos y vigorosos, puede, sin embargo, decirse en términos generales que es mucho mas comun la enfermedad en los sujetos de constitucion débil, y en los que presentan los atributos del temperamento linfático. Hace ya mucho tiempo que los autores han descrito con cuidado algunos rasgos esteriores de la constitucion, tales como la blancura brillante de la piel, la rubicundez viva de las mejillas, la estrechez del pecho, la prominencia de los omóplatos y la delgadez de los miembros y del tronco, como propios especialmente de los sugetos predispuestos á la tisis: sin embargo, hasta ahora no se posee ningun dato positivo acerca de este punto.

Es posible que no todas las razas humanas esten igualmente predispuestas á la tisis; asi es que en paises habitados por blancos y negros, es mucho mas comun la tisis en estos que en aquellos; y ademas, en los individuos de la raza negra se observa con mas frecuencia la diátesis tuberculosa á la vez en una porcion de órganos, segun afirma el doctor Clarke.

La trasmision hereditaria de la tisis está demostrada por un gran número de hechos, pero aun no hay datos exactos acerca de la frecuencia de esta causa. M. Louis solo ha comprobado esta influencia en la décima parte de los tuberculosos y M. Piorry en la décimatercera.

Aunque los niños nacidos de padres tísicos no esten precisamente sujetos á padecer la enfermedad de sus ascendientes, debe, sin embargo, admitirse con M. Chomel que la mayor parte sucumben mas pronto ó mas tarde de resultas de la tuberculizacion pulmonal. Las probabilidades de librarse de esta terrible afeccion son tanto mayores cuanto mas tiempo media entre el nacimiento de los hijos y la muerte de los padres. Se ignora si es mas frecuente que trasmita la enfermedad el padre ó la madre; pero es indudable que si los hijos tienen algunas probabilidades de librarse de la tisis cuando solo la padece uno de sus ascendientes, los creemos destinados á una muerte casi segura cuando el vicio hereditario les viene á la vez por las dos líneas. Al lado de estos hechos de trasmision hereditaria debemos hacer mencion de los casos tan comunes de tisis que ocasionan la muerte de todos los niños de una numerosa familia, aunque los padres sean sanos y tengan todos los atributos de una constitucion robusta: semejantes desastres no han recibido hasta ahora ninguna esplicacion satisfactoria.

En el dia está demostrado por numerosos testimonios, que la tisis pulmonal es una enfermedad comun en casi todos los paises del globo, aunque no se presenta con igual frecuencia en todos, y que no en todas partes está en relacion con el descenso de temperatura, como habian creido algunos autores. Asi es, que mientras en Suecia y Stokolmo, la mortandad de la tisis está graduada únicamente en una décimaquinta parte ó algo menos del total de la poblacion, en Berlin, Londres y París asciende á la quinta parte. En toda la Alemania es mucho mas frecuente la tisis que en San Petersburgo. Los climas muy calientes, que en algunas obras se consideran al abrigo de este terrible azote, presentan casos tan numerosos como el nuestro; en Provenza, por consiguiente en Marsella es tan frecuente como en París, y los mismos estragos causa en la mayor parte de Italia, en Génova, en Nápoles y en Niza que en Madrid y en Lisboa: en Gibraltar, en Malta y en las islas Jónicas es casi tan comun la tisis en la tropa como en Inglaterra: tan mortífera es en el Norte de Africa y en las Indias Orientales, segun lo prueban las investigaciones de los doctores Clarkes y Conwell, como en las Antillas inglesas y francesas y en el continente americano. M. Sigaud dice en su obra que en el Brasil, por ejemplo, ocasiona la muerte con la misma frecuencia que en Europa, y que en las costas arrebata la quinta parte de la poblacion. En todos estos cli-mas acomete la tisis á los indígenas lo mismo que á los extranjeros, pues la única diferencia que suele haber es en el grado: lo que sí se ha observado es, que tiene menos tendencia la tuberculizacion á generalizarse y á invadir otros órganos. Asi es que M. Rufz en la Martinica, y M. Cruz-Jobins en

Rio-Janeiro, han visto que las alteraciones tuberculosas de los intestinos eran muy raras en el curso de la tisis.

Se ha creido tambien que en ciertas localidades era la tisis mucho menos frecuente que en otras. Laënnec sostenia que en las costas, y particularmente en las del Océano, era mas rara la tisis que en lo interior; pero en la actualidad hay ya muchos contra esta opinion. M. Boudin supone que existe una especie de antagonismo entre las fiebres intermitentes y la tisis, de suerte que esta debe ser rara en los paises pantanosos; y aunque esta opinion ha sido fuertemente impugnada por algunos profesores, merece sin embargo estudiarse á fondo (1).

Hay muchos datos que inducen á creer que la tisis es una afeccion mucho menos frecuente en el campo que en las grandes ciudades, lo cual depende sin duda del hacinamiento, de la humedad, de la miseria y de los escesos, condiciones que se encuentran reunidas mucho mas frecuentemente en los grandes centros de poblacion.

Numerosos hechos, recogidos por M. Piorry, hacen creer que las habitaciones estrechas y reunidas tienen cierta influencia en la produccion de la tisis pulmonal, y ademas, sabido es que M. Coste ha conseguido producir á su árbitro la enfermedad en perros y gatos y otros animales, teniéndolos mucho tiempo en sitios húmedos, frios y con poca luz. Y en vista de estos hechos ¿será un absurdo atribuir á esta causa y á otras debilitantes, tales como un alimento escaso y de mala calidad, el escesivo trabajo, el mal régimen y las privaciones de toda clase, la frecuencia mucho mayor de la tisis en la clase pobre que en la acomodada?

Laënnec atribuia á las grandes y prolongadas pesadumbres una gran parte en la produccion de los tubérculos pulmonales; pero, segun dice M. Andral, es muy exagerada esta opinion. Si, en efecto, las pasiones tristes determinan alguna enfermedad orgánica, no suele ser el tubérculo, sino mas bien el cáncer,

(1) M. Boudin ha publicado en el XXIII volúmen de los *Annales d'hygiene* un trabajo importante acerca de la rareza relativa de la tisis en las localidades pantanosas, reuniendo en apoyo de su opinion numerosos documentos. El autor ha establecido los siguientes corolarios:

1.° Las localidades en que la causa que produce las calenturas intermitentes endémicas determina en el hombre, una modificacion profunda se distinguen por la rareza relativa de la tisis pulmonal y de la fiebre tifoidea. 2.° Las localidades en que la fiebre tifoidea y la tisis son muy comunes, se hacen notar por la rareza y poca gravedad de las calenturas intermitentes en ellas contraidas. 3.° El desagüe de un terreno pantanoso ó su conversion en estanque, produciendo la desaparicion ó disminucion de las enfermedades palustrosas, dispone al parecer el organismo á una nueva patología, en la cual la tisis, y segun la posicion geográfica del lugar, la fiebre tifoidea se hacen notar particularmente. 4.° Despues de haber permanecido en un país de carácter pantanoso pronunciado, el hombre presenta contra la fiebre tifoidea una inmunidad cuyo grado y duracion están en razon directa y compuesta: 1.° de la duracion de la residencia anterior; 2.° de la intensidad de espresion á que alcanzan las fiebres palustrosas consideradas bajo el doble aspecto de la forma y del tipo, lo que significa que la permanencia en un pais de calenturas intermitentes, como ciertos puntos del litoral de la Argelia, preserva mas contra las enfermedades de que se trata, que la permanencia, por ejemplo, en la embocadura fangosa de la Biévre en París. 5.° Las condiciones de latitud y longitud geográficas y de elevacion que ponen un límite á la manifestacion de las calenturas palustrosas establecen un límite á la influencia medicamentosa del elemento pantanoso. 6.° Por último, ciertas condiciones de raza y tal vez de sexo, disminuyendo la impresionabilidad del organismo para las calenturas palustrosas, disminuyen al mismo tiempo la fuerza medicatriz de esta causa.

He creido deber esponer con alguna estension las ideas de M. Boudin, que muchos han comprendido mal. Por otra parte estas ideas están hoy á la órden del dia, y su solucion es del mas alto interés para la higiene pública. Es, pues, de desear que los médicos que se hallan en disposicion de resolver el problema sentado por M. Boudin recojan materiales con el fin de fijar cuanto antes, acerca del particular, la ciencia y la práctica.

y con especialidad el del estómago. La falta de ejercicio y la reclusion tienen una influencia mas marcada en la produccion de la tisis, y en apoyo de esta opinion pueden citarse, como lo ha hecho M. Rayer en sus *Archives de médecine comparée*, números 4 y 5, muchos ejemplos de animales que, reducidos al estado de domesticidad ó de cautiverio, mueren con muchísima frecuencia tísicos. Como prueba de la influencia perniciosa de la reclusion pueden citarse las vacas que hay en lo interior de las poblaciones grandes, las cuales sucumben casi todas á consecuencia de tubérculos pulmonales: sin embargo, no debe perderse tampoco de vista que en dichos animales se prolonga activamente la lactacion por espacio de un año, en lugar de seis ó siete meses que es el término medio de la duracion en las que no se destinan á la venta de leche; circunstancia que, debilitándolas mucho, no dejará de tener alguna influencia en el desarrollo de la tisis. La misma causa produce á veces idénticos efectos en la mujer.

Se ha tratado de averiguar si ciertas profesiones predisponian á la tisis. MM. Lombard y Benoiston de Chateauneuf han trabajado mucho para resolver tan importante problema; pero no es posible sacar de sus trabajos, aunque muy interesantes, ninguna conclusion rigorosa. Ademas seria siempre indispensable calcular la parte que corresponderia á las profesiones y la que tocaria á las condiciones higiénicas de que se hallan rodeados estos sugetos, prescindiendo de su oficio; y este cálculo es sumamente difícil, por no decir imposible. No obstante, creemos, de conformidad con los dos autores que acabamos de citar, que en las profesiones sedentarias se encuentra mayor número de tísicos que en las activas. Para concluir con el estudio de las causas predisponentes, añadiremos que ciertos vestidos, y principalmente el corsé, se consideran como predisponentes á la tisis; pero hasta ahora no hay prueba ninguna directa en apoyo de esta sospecha.

Causas escitantes.—Desde muy antiguo se ha creido, y algunos modernos son todavía de esta opinion, que la tisis reconoce por causa las diversas inflamaciones del pulmon, de la pleura y de los bronquios; pero esta opinion, refutada por Bayle y Laënnec, está en oposicion con las observaciones de M. Louis y con las que posteriormente hemos reunido nosotros (Véase mi *Traité de la pneumonie*). Asi es, que con respecto á la pneumonía, fácil es asegurarse por medio del interrogatorio de que es enfermedad que rara vez se encuentra en los antecedentes de los tísicos; y nosotros hemos probado ademas qne la tisis no sucede inmediatamente á la pneumonía sino en una trigésima parte de casos. Si en algunos sugetos muertos de resultas de una pneumonía se encuentran tubérculos en el pulmon, fácil es convencerse, atendiendo principalmente á su volúmen, de que casi todos estos productos morbosos han sido anteriores á la flegmasia, y aun tal vez la han escitado; por otra parte, aunque la pneumonía determinase algunas veces la tisis, no por eso deberia dejar de deducirse, precisamente por lo mismo que este hecho es muy raro, que en semejantes casos si no existian ya en los pulmones tubérculos en estado latente, lo cual es muy comun, habia por lo menos los gérmenes de ellos: y fácilmente se concibe que el trabajo inflamatorio que se desarrolla en el pulmon pueda modificar la nutricion del órgano lo suficiente para determinar la aparicion de los tubérculos en un individuo ya predispuesto. Valiéndonos de una comparacion de Laënnec, que nos parece sumamente exacta, diremos que el pulmon inflamado se parece á la tierra muy

labrada despues de haber estado mucho tiempo de barbecho, que hace germinar una multitud de semillas que tenia en su interior desde muchos años antes. Lo dicho acerca de la pneumonía se aplica igualmente á la pleuresía.

Tan dudosa es la influencia del catarro pulmonal sobre el desarrollo de los tubérculos, como la de la pneumonía; asi es que las dos terceras partes de los enfermos tísicos interrogados por M. Louis no habian tenido propension á acatarrarse. Las mujeres, mas predispuestas á la tisis, lo están menos á la bronquitis y á la pulmonía. Ademas, los bronquios están generalmente sanos alrededor de los tubérculos crudos ó de las masas de materia gris semi-transparente (Louis).

¿Tendrá acaso mas influencia la escitacion no inflamatoria del pulmon ó la fatiga de este órgano, que su flegmasia? Punto es este que aun está por resolver. Sin embargo, debemos recordar aquí un hecho curioso indicado por M. Benoiston de Chateauneuf, que, habiendo comparado la frecuencia de la tisis en los soldados y en los músicos de regimiento, ha encontrado que la mortandad por tuberculizacion de los pulmones era de : : 1 á 14 en los primeros y : : 1 á 7 en los segundos. Pero al mismo autor le ha parecido que el ejercicio de la voz, cuando no degenera en abuso, parece que disminuye, en vez de aumentar, la proporcion de los tísicos; y aunque todavía no hay hechos exactos en apoyo de esta opinion, nos parece sin embargo muy probable.

Antiguamente se consideraba la tisis como consecuencia muy frecuente de la hemoptisis, y constituia una especie que Morton llamó *tabes ab hæmorrhagia*; pero en el dia han demostrado los hechos que lejos de ser causa la hemoptisis, era por el contrario efecto de los tubérculos. La primera opinion solo se apoya segun dice Laënnec, en una aplicacion poco meditada del axioma *post hoc. ergo propter hoc*. En efecto, el primer síntoma alarmante, y el que por primera vez llama la atencion en muchos tísicos, es una hemoptisis grave. Fácilmente se esplica cómo pueden los tubérculos determinar la hemorragia pulmonal; pero no es tan fácil concebir cómo la hemorragia habia de producir la formacion de tubérculos.

La tisis pulmonal sucede algunas veces á ciertas enfermedades piréticas. Las que mas comunmente dan este resultado son las fiebres intermitentes prolongadas y las tifoideas, las eruptivas y con especialidad el sarampion y las viruelas; tambien sobreviene con bastante frecuencia de resultas de ciertas enfermedades dibilitantes, como la diabetes, la galactorrea, ó, como ya dejamos dicho, una lactancia demasiado prolongada.

En cierto tiempo admitian los médicos el contagio de la tisis, en términos que Morgagni apenas se atrevió á abrir unos cuantos cadáveres de tísicos, por temor de contraer la enfermedad. Estos temores eran quiméricos. Sin embargo, sin admitir precisamente el contagio de la tisis, Laënnec y Andral aconsejan como medidas de prudencia á los que viven habitualmente con los tísicos, que tomen algunas precauciones, especialmente cuando está muy adelantada la afeccion, y que eviten sobre todo el acostarse en la misma atmósfera : consejos que deben seguirse, porque los miasmas que exhala el cuerpo de los tísicos tienen que ser perjudiciales á la salud, pero no porque creamos fundados los temores del contagio, á lo menos en nuestros climas.

Tratamiento.—Hemos dicho anteriormente que no era imposible la curacion

de la tisis; pero tambien debemos confesar con Laënnec, que el arte no posee medio ninguno seguro de conseguir este resultado: mas á pesar de esto, vamos á decir algo acerca de los principales remedios que se han recomendado como mas ó menos específicos.

En primera línea encontramos los antiflogísticos, medio de que se ha abusado en estremo hace veinte años; pero los prácticos esperimentados que los han ensayado, han visto que, lejos de curar á los enfermos las sangrías, apresuraban el curso funesto de la afeccion, y que únicamente convienen á título de paliativos, y para combatir ciertas enfermedades intercurrentes: lo mismo sucede con los vejigatorios, fontículos, sedales y moxas. Despues de haber estudiado detenidamente la accion de estos medios por espacio de muchos años, he llegado á persuadirme de que ningun exutorio produce resultados ventajosos sobre la tisis, y aun de que son perjudiciales, porque debilitan inútilmente á los enfermos: asi es que quisiera verlos desterrados en lo sucesivo del tratamiento de la tisis, y en el caso de vernos obligados á faltar á esta regla, por instancia de los enfermos ó de los parientes, limitarlos á una fuente pequeña en el brazo ó en el pecho, cuidando de escitarla todo lo menos posible. Laënnec, Andral y Louis no han encontrado tampoco ventajoso el uso de los exutorios en el tratamiento de la tisis. Ultimamente, los evacuantes de toda especie, y con especialidad los purgantes, son inútiles y aun perjudiciales, segun ha demostrado la esperiencia.

Entre los medicamentos que en estos últimos tiempos han estado muy en boga, debemos citar en primer lugar el *cloro en fumigaciones*; pero en el dia casi todos los profesores están convencidos de su ineficacia; M. Andral no ha encontrado en él ventaja ninguna, y M. Toulmouche solo le ha visto producir buenos resultados en el catarro crónico. Ademas este medicamento no deja de tener sus inconvenientes, pues muchas veces se le ha visto escitar la tos, provocar hemoptisis y desarrollar la fiebre; por otra parte, distan mucho de ser concluyentes los hechos alegados en favor del cloro como lo ha probado completísimamente M. Louis en la nueva edicion de sus *Recherches sur la phthisie.*

Otro medicamento, que por el pronto hizo concebir grandes esperanzas, por haber sido recomendado por el distinguido profesor Amadeo Latour, es el *cloruro de sodio*, que se administra muchos meses seguidos á dosis progresivamente mayores desde 40 granos hasta 2 dracmas al dia en el caldo ó en el pan: pero habiendo esperimentado este medicamento en muchos enfermos durante los años de 1839 y 1840, no hemos visto de su administracion ninguna ventaja; M. Louis tampoco ha sido mas afortunado. Sin embargo, he obtenido mas recientemente durante su uso la cicatrizacion de una caverna bastante vasta en el vértice del pulmon derecho.

Nada diremos del *subcarbonato de potasa*, propuesto por M. Pascal de Strasburgo, ni de la *sal amoniaco*, administrada por el doctor Cless de Stuttgard; ni de la *digital*, ni del ácido *cianhídrico*, ni del *iodo* ya propinado en sustancia, ya en fumigaciones, porque la esperiencia no ha reconocido ninguna utilidad en estos agentes; tambien ha demostrado la impotencia de los *narcóticos*, de los *balsámicos* interiormente y en fumigaciones, de las *preparaciones sulfurosas*, de las *aguas minerales* de toda especie, de la *atmósfera marina* sostenida artificialmente en las habitaciones por medio de fucos, en cuyo medio habia fundado

Laënnec algunas esperanzas. En vano ha sido tambien tener á los tísicos meses enteros en los establos, para someterlos á una temperatura casi siempre uniforme y hacerles respirar un aire que se creia dotado de propiedades resolutivas.

Terminaremos la lista de los medicamentos empleados empíricamente haciendo mencion de la *creosota*, empleada al esterior y en fumigaciones, y que yo le he hallado siempre impotente; del *yoduro de potasio*, que en estos últimos años lo he administrado con mucha perseverancia y sin ventaja alguna; el *proto-ioduro de hierro*, agente terapéutico muy recomendado por M. Dupasquier de Lyon, que le suministra desde 12 hasta 40 gotas por dia; pero habiendo ensayado M. Louis este medicamento en mas de sesenta tísicos no ha encontrado en él ninguna utilidad; citemos tambien la *felandria*, que MM. Sandras y Michea han querido ensalzar, y en la cual yo, despues de háberla esperimentado mucho, no he notado ninguna ventaja manifiesta.

De algunos años á esta parte el aceite de hígado de bacalao goza de cierta fama, y yo le he administrado á cucharadas de 1 á 12 diarias. Algunos enfermos se han mejorado, pero no en proporcion sensiblemente mayor que por los medios higiénicos. Otros médicos han sido mas afortunados, debiendo citar especialmente al doctor Williams, de Londres, el cual ha obtenido resultados tan maravillosos, que no les daria crédito si conociese menos el talento y la probidad del doctor inglés. Refiere que en 206 casos entre 234 ha obtenido una accion ventajosa, es decir, una detencion momentánea en el curso de la enfermedad, ó una modificacion de tal manera importante en los principales síntomas, que los enfermos habian al parecer recobrado casi completamente la salud. M. Williams ha notado los efectos mas maravillosos del aceite de hígado de bacalao precisamente en el tercer período, cuando el pulmon se hallaba en mas hondas escavaciones, cuando la calentura héctica, la diarrea y los sudores estenuaban á los enfermos, y añade que 34 veces en 62 ha obtenido en semejantes casos una mejoría notable y sostenida (1). Dícese que resultados análogos se han obtenido en el hospital de Brompton (2). El aceite de hígado de bacalao es pues un medicamento que merece esperimentarse. Es preferible el cloro, transparente y casi inodoro, y se dan de él diariamente dos ó tres cucharadas, pudiendo tomarse puro ó mezclado con un líquido aromático. M. Williams aconseja tomarlo con preferencia una ó dos horas despues de la comida, es decir, en el momento en que, no habiendo aun terminado la digestion, el aceite puede penetrar con las materias alimenticias.

De todos los medios ensayados hasta ahora contra la tisis, no hay ninguno, en concepto de Laënnec, que con mas seguridad haya producido la suspension ó cesacion total de los accidentes, que la mudanza de lugar. Asi es, que generalmente se recomienda á los tísicos de paises húmedos y frios que pasen á vivir en climas mas templados; por lo comun se les envia á Niza, Roma ó Pisa mejor que á Nápoles; ó bien van á Pau, y á las costas de la Provenza, como Hyeres, pudiendo con no menos ventaja escoger Cannes y sobre todo Frejus, que es un sitio admirable, en que la tisis es tan rara, que de cada cincuenta

(1) *London journal of médecine*, enero 1849. Traducido en los *Archives générales de médécine*, t. XX, 1.ª serie, p. 217.

(2) *The first medical report of the hospital for consomption*. Londres, 1849. Estractado en los *Archives de médecine*, t. XXII, 4.ª serie, p. 96.

defunciones anuales solo una ó dos se deben á una consuncion pulmonàl. Pero las investigaciones del doctor Clarke tienden á probar que el clima preferible es el de Madera, cuya temperatura media es 5° mas alta que la de Italia y la Provenza, el invierno 20° mas cálido que el de Londres, y el estío solo 7° mas. Ademas, es notable el clima de Madera por la mucha igualdad de la temperatura en todo el año, y porque rarísima vez se observan allí variaciones repentinas, inconveniente que presentan todos los demás paises. Todo induce á creer que Taiti y las islas Sandwich son igualmente parajes muy á propósito para que vivan los tísicos y las personas de pecho delicado. La emigracion es un medio de transcendencia de que se ha de procurar que saquen los enfermos todo el partido posible. Deberán al efecto prolongar su permanencia en el clima caliente por espacio de uno ó dos años seguidos. Pero en un país tan vasto como la Italia no todas las localidades son igualmente ventajosas, y las hay preferibles en determinadas estaciones. Las localidades del Mediodia, como Nápoles, Roma ó Pisa son preferibles en invierno, en tanto que mientras reina el calor ofrecen ventajas las orillas de los lagos de la Lombardía. Los enfermos para quienes tan continuas traslaciones serian demasiado penosas, podrán hallar en los golfos de Nápoles y de Salermo, en las inmediaciones de Roma y hasta en el reino Lombardo-Veneto, localidades ya para invierno, ya para verano. Pero como estos pormenores nos separarian de nuestro objeto; aconsejamos la lectura de un escelente libro de M. Carriere, fruto de largas y concienzudas investigaciones, el cual puede servir de guia al médico y al enfermo (1). No solamente debe aconsejarse la variacion de clima á los tísicos que viven en paises frios ó templados, sino tambien á los de climas calientes como los del Mediodia de Francia y de Italia: á estos se les enviará á paises mas cálidos todavía: asi es que Celso aconsejaba á los latinos enfermos del pecho, que fuesen á vivir á Egipto y de preferencia á Alejandría. Seria, sin embargo, un error muy grave creer que le basta á un sugeto predispuesto á la tisis alejarse de un país frio y pasar á establecerse en otro caliente para librarse de la enfermedad; porque los médicos ingleses nos dicen que sus compatriotas que llegan á los paises de la zona tórrida, y con especialidad á la Jamáica, con predisposicion á la tisis, esperimentan bien pronto una exacerbacion de los accidentes y la afeccion sigue un curso agudo (Fergusson). Se ha dicho tambien que la enfermedad hace horrorosos estragos entre los poderosos ingleses de Madrás, que, habiendo salido de la metrópoli en un estado vigoroso, van á morir, al cabo de algunos años de permanencia, á la costa de Malesia, cuyo aire mas suave y menos ardiente, parece debia prometerles una curacion radical (Guérard).

No solamente se recomienda la mudanza de lugar á los tísicos, sino tambien el vivir á orillas del mar, lo cual no presenta ninguna ventaja en su favor. No sucede lo mismo con los viajes por mar, que han sido recomendados contra la pulmonía desde los tiempos mas remotos. Celio Aureliano, Areteo, Celso, Plinio, los han aconsejado; Mèad y Boerhaave se declararon tambien sus partidarios. Este medio parece que ha sido útil en muchos casos; pero la ciencia necesita todavía documentos mas numerosos y exactos para resolver una cuestion que los autores franceses han descuidado por lo general, pero que ha sido es-

(1) *Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical.* Paris, 1849.

tudiada en Inglaterra con bastante detencion, especialmente por Gilchrist en el siglo anterior. De estos trabajos resulta que se han visto tísicos muy demacrados, y con fiebre héctica y con diarrea, que se han restablecido inesperadamente por mas ó menos tiempo, y á veces definitivamente, despues de haber estado navegando en alta mar algunas semanas ó meses.

Tratamiento paliativo.—Aunque casi nunca sea posible curar la tisis, posee sin embargo el arte recursos para calmar los padecimientos y alguno de los accidentes que aniquilan á los enfermos, y de este modo limitar ó al menos contener la marcha de la enfermedad.

En el primer período se aconsejará el reposo, el uso de algunas bebidas atemperantes, pectorales, compuestas con la goma; la harina de avena, el líquen islándico y el *fucus crispus*: tambien se recomiendan en tales casos las leches, y especialmente la de burra; pero es preciso confesar que obrando de esta manera, se obedece mas bien á la rutina que á una práctica ilustrada, porque en muchos enfermos el régimen lácteo debilita el estómago, ocasiona diarrea, y se convierte en nueva causa de enflaquecimiento. Como la mayor parte de los tísicos son naturalmente débiles y linfaticos, y muchos se han debilitado por diferentes causas, es preferible, como aconseja M. Louis, administrarles alguna bebida amarga, ligeramente aromática, y prescribirles alguna agua ferruginosa natural ó artificial (Spa, Passy, Forges), ó algun preparado de hierro. Si hay insomnio, y si es debido principalmente á la frecuencia de la tos, se administra el estramonio, ó mejor todavía una preparacion opiada que produce tambien mucho mejores resultados que el ácido cianhídrico para calmar la disnea. El alimento será nutritivo; la habitacion bien ventilada y soleada; se tendrá cuidado de que el enfermo esté vestido de franela y no se esponga á las variaciones atmosféricas. En estas ocasiones es cuando mayores ventajas presenta la mudanza de lugar, porque trasladándose los enfermos á paises calientes, ademas del beneficio de la temperatura, pueden hacer todavía ejercicio, durante el invierno, al aire libre, lo cual contribuye poderosamente al restablecimiento de las fuerzas. Cuando tienen calentura, es preciso someterlos á un régimen suave; pero no conviene debilitarlos con la dieta, y mucho menos con los antiflogísticos, á no ser que haya alguna complicacion.

Hay ciertos accidentes que reclaman un tratamiento especial; tales son los sudores, la diarrea, la hemoptisis y los dolores torácicos. Si el sujeto se conserva fuerte, cederá comunmente la hemoptisis á una pequeña sangría revulsiva; pero si se prolonga, ó recae en sugetos debilitados, será preciso combatirla con los astringentes, y principalmente con el estracto de ratania, el cocimiento de catecú, las bebidas acídulas, las píldoras de alumbre ó de nitrato de potasa, el centeno atizonado, la digital y la ligadura de los miembros; finalmente, en los casos estremos, en lugar de las aplicaciones del hielo recomendadas por algunos, se preferirá un gran vejigatorio, como queria Mertens, y mejor un vomitivo como medio perturbador. M. Rufz ha encomiado mucho este último remedio en semejantes casos, y nosotros hemos tenido ocasion de observar sus buenos efectos en circunstancias en que habian sido inútiles todos los demás medios. Cuando hay dolores torácicos, es indispensable averiguar la causa; si dependen de una flegmasia de la pleura, desaparecen ó se calman á beneficio de algunas ventosas escarificadas, ó de una aplicacion de sanguijuelas en corto número; si

se refieren á una neuralgia intercostal, se triunfa de ellos con uno ó varios vejigatorios aplicados á los puntos doloridos.

Como la diarrea coincide casi siempre con una tuberculizacion de los intestinos, es preciso disminuir la cantidad de alimentos ó suprimirlos del todo, teniendo siempre cuidado de elegir los que, siendo muy nutritivos, no dejan apenas residuo. Finalmente, se administrarán algunas bebidas mucilaginosas, el cocimiento de arroz, el cocimiento blanco, etc., asociados con las lavativas de almidon, en las que se echan 6, 10 ó 16 gotas de láudano de Sydenham, repetidas dos ó mas veces al dia. Con el mismo objeto se administrarán el subnitrato de bismuto, la triaca y el diascordio. Las funciones del estómago deben ser muy vigiladas. Muchos enfermos sienten peso en este órgano, tienen dispepsia y acidez; en cuyo caso debe procurarse reanimar la energia estomacal á beneficio de algunas bebidas amargas, ó con el agua de Seltz, de Vichy, de Bussang ó de Spa; pero si estos disturbios son sintomáticos de un reblandecimiento, si hay vómitos pertinaces, se prescribirán bebidas heladas, y leche pura ó mezclada con agua de Vichy, tomada á cucharadas, y se aplicará un vejigatorio al epigastrio.

Para combatir los sudores ha aconsejado Fouquier el sub-acetato de plomo, empezando por la dosis de uno á dos granos por la noche; pero nos parece preferible el agárico blanco á la dosis de 5 á 10 granos por ser muchísimo mas eficaz: si el estado del tubo intestinal lo permite, puede administrarse tambien una infusion fria de quina.

Puede ser escesiva la opresion, y si este accidente depende de la acumulacion de esputos en la tráquea y en los bronquios, se propinará una infusion de poligala, pociones con el jarabe de Tolú, el kérmes y el oximiel escilítico, y mejor todavía la ipecacuana en dosis fraccionadas. Si la disnea no depende de esta causa ni de una flegmasia intercurrente, trataremos de moderarla por medio de cataplasmas sinapizadas aplicadas á las extremidades inferiores, ó administrando el opio, la morfina, la belladona, el estramonio, el agua del laurel cerezo ó real: en tales casos se aconseja tambien aplicar al pecho emplastos narcóticos (emplasto de cicuta) ó rubefacientes (pez de Borgoña), ó un vejigatorio, ó bien las fricciones con el aceite de crotontiglio ó con la pomada estibiada.

DE LA TISIS BRONQUIAL.

La tuberculizacion de los ganglios bronquiales que se observa en la mitad de los adultos que mueren tísicos, constituye únicamente un epifenómeno, una lesion accesoria y casi sin importancia; pero no sucede lo mismo en la tierna edad. En los niños, en efecto, son casi tan comunes los tubérculos bronquiales como los de los pulmones, con los cuales coexisten casi siempre; sin embargo, como en esta edad suelen dar lugar á síntomas especiales y ser orígen de graves accidentes, creemos necesario dedicar un artículo especial á esta enfermedad de la infancia (1).

Historia.—Hasta hace muy pocos años no se habia estudiado la tuberculiza-

(1) La tisis bronquial no es esclusiva de la infancia. M. Marchal de Calvi la ha observado dos veces en el adulto.

cion de los ganglios bronquiales. El primer escrito, debido á M. Leblond, es de 1824 (tesis de París); dos años despues escribió tambien en Berlin su tesis inaugural M. Becker sobre este mismo punto; y á estos trabajos, ambos á cual mas notables, siguieron algunas investigaciones de MM. Berton y Becquerel. Pero el trabajo mas completo que tenemos, es el de MM. Rilliet y Barthez, que en los *Archives* de 1840 y 1842, y posteriormente en su obra, han presentado un cuadro exacto de la enfermedad, valiéndose de sus observaciones y de las de sus antecesores. De las concienzudas investigaciones de estos dos sabios profesores hemos tomado los principales datos que vamos á dar á conocer.

Anatomía patológica.—La materia tuberculosa existe comunmente en los ganglios bronquiales en estado de infiltracion, segun habia dicho Laënnec, y confirmádolo despues Rilliet y MM. Barthez, y dichos órganos son invadidos del centro á la periferia. Al cabo de mas ó menos tiempo se reblandecen los tubérculos lo mismo que los de los pulmones; algunos pueden pasar al estado cretáceo; pero esta transformacion casi siempre es parcial y solo ocupa por lo comun una porcion del órgano. Los ganglios tuberculosos aumentan de volúmen, y pueden adquirir el tamaño de una avellana, una almendra ó una castaña. Unas veces existen únicamente cinco ó seis alrededor de los bronquios; en otros casos, son mas numerosos, mas voluminosos y están mas aproximados unos á otros: MM. Rilliet y Barthez los han visto del tamaño de una manzana grande. Solo los ganglios situados fuera del pulmon adquieren tan enorme tamaño; pero los interiores, es decir los que están situados en las ramificaciones de los vasos sanguíneos y aeríferos, son siempre mas pequeños y no pasan del tamaño de una avellana; se encuentran en lo interior del órgano hasta el nivel de las terceras y á veces de las cuartas divisiones bronquiales. Generalmente, añaden MM. Rilliet y Barthez, están pegados á los conductos aeríferos en direccion de su longitud, y otras veces forman una especie de media luna que rodea parte de la circunferancia del bronquio.

Estos ganglios están comunmente envueltos en un quiste delgado, al cual está íntimamente adherida una materia tuberculosa. Como guardan relacion con diversos órganos, los comprimen, ó bien se unen á ellos y se vacían en su interior; asi es que se han visto casos en que los ganglios comprimian la aorta, la arteria y venas pulmonales, la cava superior y la ázigos; pero mas comunmente comprimen la tráquea, los bronquios principales, el pulmon y á veces los nervios neumo-gástricos y el esófago.

Cuando los ganglios reblandecidos comunican con alguno de los órganos inmediatos, suele ser generalmente con los bronquios; lo cual se esplica muy bien por las relaciones que tienen con ellos, y porque estos no pueden ir eludiendo la compresion, como otros muchos órganos, y especialmente el esófago. A veces comunica el quiste con el tejido del pulmon, y si no se tuviese cuidado, pudiera creerse fácilmente que habia una caverna formada á espensas del parénquima pulmonal. La equivocacion es fácil cuando el ganglio se encuentra á mucha profundidad; sin embargo, MM. Rilliet y Barthez creen que, en el mayor número de casos, podrán distinguirse estas falsas cavernas de las verdaderas, atendiendo á las circunstancias siguientes. Generalmente las cavernas de los ganglios son lisas y están revestidas de una falsa membrana rojiza, son poco espaciosas, y comunican con los bronquios hácia su parte lateral; su abertura

es redondeada y los bordes delgados; por último, casi siempre tienen su asiento en la raiz de los pulmones, muy al contrario de las cavernas pulmonales, que son mayores, mas irregulares, están atravesadas en todas direcciones por diferentes bridas y tabiques incompletos, comunican directamente con los bronquios por sus estremidades y están situadas á mayor ó menor distancia de la raiz de los pulmones. En tres casos se ha visto comunicar los ganglios tuberculosos con la arteria pulmonal (Berton, Rilliet y Barthez) y con el esófago (Leblond y Berton). No sabemos que haya ningun ejemplo de haberse roto los quistes; pero si sobreviniese semejante accidente, no sería tan frecuente la formacion consecutiva de un neumo-tórax, como la de un abceso de los mediastinos ó de un enfisema, porque los ganglios están situados fuera de la serosa y pegados á uno de los bronquios principales. Si sobreviniese un neumo-tórax, no sería hasta despues que la masa tuberculosa ganglionar, unida á los tubérculos pulmonales reblandecidos y formando con ellos una caverna única, hubiese perforado el pulmon.

Síntomas y diagnóstico.—Despues de leer la descripcion de MM. Rilliet y Barthez, se adquiere un convencimiento íntimo de que la tuberculizacion de los ganglios bronquiales no está caracterizada por ningun signo especial, y que los trastornos funcionales que se observan, resultan únicamente de la compresion que ejercen los órganos enfermos sobre las vísceras inmediatas. No insistiremos mas sobre este punto, porque ya hemos enumerado minuciosamente los trastornos que resultan de la compresion de la vena cava, de los conductos aéreos y del esófago. La distension ó compresion del nervio neumo-gástrico altera el timbre de la tos y de la voz, y produce accesos de asma intermitentes, y golpes de tos semejantes á los que se observan en la coqueluche. MM. Barthez y Rilliet han notado que la tuberculizacion de los ganglios bronquiales, ora exista sola, ora coincida con alguna lesion pulmonal poco avanzada, podia producir diversas alteraciones del ruido respiratorio, tales como respiracion dura, espiracion prolongada, soplo tubario, fenómenos que se perciben principalmente en el vértice y parte posterior, y rara vez en la anterior. Dichos autores esplican este fenómeno diciendo, que como los ganglios tuberculosos se apoyan por un lado en la columna vertebral, y por otro en los bronquios, transmiten directamente al oido los ruidos de estos conductos, ruidos que en el estado normal no son perceptibles, porque están separados del oido por una capa mas ó menos gruesa de partes blandas. Los fenómenos estetoscópicos, lo mismo que los signos de compresion, son notables por su curso irregular y por las alternativas que presentan. Los primeros faltan siempre cuando los tubérculos bronquiales reblandecidos tienen comunicacion con los bronquios; pero esta comunicacion no puede reconocerse durante la vida. Inútil es advertir que la comunicacion con un vaso da lugar á una hemorragia fulminante; con el esófago, dificulta la deglucion y ocasiona ataques de tos, y si está perforado el pulmon, sobreviene un neumo-tórax.

De lo espuesto resulta cuán difícil es en el mayor número de casos reconocer los tubérculos de los ganglios bronquiales; y es tanto mas oscuro el diagnóstico, cuanto que rara vez existe aislada la enfermedad, y suele coincidir con lesiones graves del pulmon. Los únicos signos que tienen algun valor son los que indican una compresion de los órganos pectorales: en efecto, cuando un

niño de tres ó cuatro años que tose, enflaquece y tiene calentura, diarrea y sudores nocturnos, presenta signos de compresion de la vena cava, del esófago, de la tráquea ó de los bronquios, deberá admitirse casi con seguridad una degeneracion tuberculosa de los ganglios bronquiales, valiéndonos del método de esclusion para formar este diagnóstico; porque si en un adulto casi siempre dependen estos accidentes de un tumor aneurismático de la aorta, no sucede lo mismo con los niños, en los cuales apenas se conocen los tumores aneurismáticos de dicha arteria, y que, por el contrario, están muy espuestos á la tuberculizacion de los ganglios bronquiales.

Pronóstico.—Aunque muy grave, lo es menos, sin embargo, que el de la tisis pulmonal.

Etiología.—Todos los períodos de la infancia están casi igualmente espuestos á la tuberculizacion de los ganglios bronquiales: es mas comun la enfermedad en los niños que en las niñas hasta los once años; pero en la época de la pubertad ya no hay diferencia alguna entre los dos sexos.

Tratamiento.—Con muy corta diferencia debe ser el mismo de la tisis pulmonal.

DE LA TABES MESENTÉRICA.

SINONIMIA.—*Atrofia mesentérica, escrófulas mesentéricas, tubérculos de los ganglios mesentéricos, tisis mesentérica*, etc.

Es la tabes mesentérica una enfermedad caracterizada por la tuberculizacion de los ganglios mesentéricos, alteracion que produce la demacracion, la fiebre héctica y el marasmo. La palabra *carreau* (ladrillo, baldosa, azulejo, suelo, etc. de que nos servimos en Francia para designar la tabes mesentérica no es mas que una espresion metafórica con que se indica la dureza, resistencia y considerable número de tumores mesentéricos. Pero este nombre no debe aplicarse á la tuberculizacion poco estensa de los ganglios mesentéricos, sino solamente á los casos en que, siendo considerable esta alteracion, predomina sobre todas las demás. Considerada la tabes mesentérica bajo este punto de vista, no es una enfermedad muy comun, pues segun los cálculos de MM. Rilliet y Barthez solo se observa en una décimasesta parte de tuberculosos: pero, como ya hemos visto anteriormente, se encuentran con frecuencia tubérculos mesentéricos, en términos que los hay en casi la mitad de los niños tuberculosos, y en la quinta parte de los adultos que mueren tísicos.

Historia.—Hasta el siglo XVI no se encuentra ninguna indicacion exacta acerca de esta enfermedad. En dicha época dieron alguna idea de ella Benivieni, de Florencia, Fernel, Sydenhan, F. Hoffmann y Sauvages; pero Morgagni fue el primero que trazó su historia anatómica. Tal era el estado de la ciencia cuando, habiendo propuesto la facultad de medicina de París en 1787 como objeto de un premio, la historia de la tabes mesentérica, premió la obra de Baumes, que era con efecto una monografía bastante completa. Despues de este autor ninguno otro, á escepcion de Joy en Inglaterra, se ha dedicado á su estudio: pero pueden consultarse con fruto, y como un resúmen de los conocimientos actuales acerca de esta enfermedad, el artículo escrito por Guersant en el *Dictionnaire*

de médecine, el de MM. Delaberge y Monneret en su *Compendium*, y el capítulo de la obra de MM. Rilliet y Barthez, dedicado á este objeto.

Anatomía patológica.—En la tabes mesentérica se encuentran mucho mas voluminosos los ganglios mesentéricos, variando su tamaño desde el de un guisante al de una castaña ó un huevo pequeño; reunidos entre sí forman una masa dura ó blanda, abollada, que á veces presenta el tamaño de los dos puños reunidos, poco ó nada movible, y colocada delante de la columna vertebral, encima de la aorta y de la vena cava inferior. Divididos los ganglios con el bisturí, ofrecen diferente aspecto, segun la época en que se examinan. Al principio se encuentran infiltradas en diferentes puntos granulaciones grises, semitransparentes, ó de materia tuberculosa amarilla, separadas por porciones de tejido sanas todavía. Sin embargo, poco á poco se va destruyendo este, y es reemplazado por nueva cantidad de materia tuberculosa, llegando por fin una época en que el ganglio, completamente transformado, se asemeja en un todo por su volúmen, color y densidad á una castaña sin cáscara. Hay sin embargo algunos ganglios menos alterados; y cuando solo está parcialmente afectado uno de estos órganos, se encuentra á veces completamente sano el tejido que rodea los tubérculos, pero por lo comun tiene un color gris rojizo y está un poco reblandecido; algunas veces se halla agrisado, endurecido y quebradizo, alteracion que es probablemente consecutiva al depósito de materia tuberculosa; y análoga á la induracion gris que con tanta frecuencia se encuentra alrededor de las cavernas pulmonales. Los tubérculos mesentéricos, que muchas veces están rodeados de un quiste, pueden reblandecerse, y este fenómeno es mas frecuente, segun MM. Rilliet y Barthez, de tres á diez años, que antes ó despues de esta edad. Cuando no es muy estensa la alteracion, puede esperimentar la materia tuberculosa la transformacion gredosa ó cretácea, que es un modo de curacion.

En los sugetos muertos á consecuencia de la tabes mesentérica, se encuentra generalmente el peritoneo intacto; pero casi siempre existen tubérculos en algunos otros órganos, especialmente en los pulmones é intestinos. Estos últimos presentan en mas de la mitad de los sugetos (Guersant) úlceras, en cuyo fondo existen tubérculos miliares. Pero la existencia de estas lesiones no nos autoriza para suponer, como hacen algunos, que el infarto y degeneracion de los ganglios, es solo un efecto del estado de los intestinos, pues no existe entre ambas de lesiones, ninguna relacion de causa á efecto, ni son proporcionadas una á otra, sino que las dos dimanan de la misma causa, de la misma diátesis.

Síntomas.—La tabes mesentérica comienza lentamente y de una manera oscura. La mayor parte de los niños empiezan á ponerse pálidos, débiles, y á tener diarrea: al cabo de mas ó menos tiempo se abulta y entumece por lo general el vientre, si bien algunas veces falta este fenómeno. Cuando se dejan deprimir las paredes abdominales, se perciben por medio de la palpacion tumores duros, desiguales, fijos, y mas regularmente algo movibles, situados cerca del ombligo ó hácia los vacíos. La presion no ocasiona comunmente dolor, pero algunas veces los produce atroces, sin que el estado de los ganglios, del peritoneo ni del intestino esplique este esceso de sensibilidad. Casi todos los enfermos tienen diarrea, lo cual depende menos de la tabes mesentérica que de las úlceras intestinales que casi siempre hay: las materias escretadas son muy

variables por su color y aspecto, y no es exacto que por lo comun sean arcillosas. La diarrea es continua ó bien alterna con estreñimiento; y este suele ser el único trastorno algo constante que se observa por parte de los órganos digestivos. El apetito es muy variable; unas veces nulo, otras natural, y comunmente irregular. Se ha dicho que los niños afectados de tabes mesentérica eran sumamente voraces é insaciables; pero no creemos que este fenómeno, bastante raro, sea mas comun en esta afeccion que en la tuberculizacion de cualquiera otro órgano, y aun en la entero-colitis crónica. La lengua está siempre húmeda y limpia; la sed es muy variable; casi nunca hay vómitos. Se ha creido que en la tabes mesentérica era la orina blanca, lactescente; la saliva espesa, viscosa; y que el sudor, sobre ser mas abundante, exhalaba un olor ácido muy fuerte, pero rara vez se encuentran estos fenómenos.

Cuando es grave la enfermedad, acomete á los enfermos la fiebre héctica; se ponen flacos y desmejorados; las extremidades inferiores están descarnadas y proporcionalmente mas delgadas que las superiores; pero en tales casos es muy difícil determinar la parte que corresponde en este fenómeno á la tabes mesentérica, en razon á que casi siempre existen tubérculos en algunos otros órganos, y especialmente en los pulmones, en los cuales se observan en mas de las cinco sestas partes de los enfermos; asi es que la mayor parte de ellos tosen y tienen sudores nocturnos.

Cuando existe aislada la tuberculizacion de los ganglios mesentéricos, puede muy bien no producir trastorno ninguno en la economía, á no ser que sea muy estensa. Conocida es la historia del negro de que ha hecho mencion Morgagni, segun Ingrasias, que, ahorcado por sus delitos, cuando presentaba las apariencias de la mas perfecta salud, ofreció sin embargo en la autopsia sesenta tumores escrofulosos del mesenterio, cuyo tamaño variaba desde el de un guisante hasta el de un huevo de gallina. Bayle cita igualmente la observacion de una niña de cinco años sumamente rolliza, que habiendo muerto á consecuencia de una quemadura al cabo de cinco horas de padecimientos, tenia el mesenterio lleno de grasa, y en él doce tubérculos supurados que muchos de ellos habian adquirido el tamaño de una nuez, sin que en ningun otro órgano se encontrasen producciones de esta especie. Guersant ha observado tambien hechos análogos.

Curso, duracion y terminaciones.—El curso de la tabes mesentérica es muy lento, y en la actualidad no es posible determinar su duracion media.

Es indudable que esta enfermedad es susceptible de curacion, y aun puede decirse que esta terminacion es la ordinaria en los casos raros en que es simple la afeccion y no ha adquirido un gran desarrollo. En nuestro concepto no es exacto, como suponen algunos, que la tabes mesentérica sea susceptible de resolucion, porque la materia tuberculosa no puede fácilmente ser reabsorbida, y sí solamente variar de naturaleza; puede esperimentar, por ejemplo, la transformacion cretácea.

La muerte y el aniquilamiento que la precede dependen de la influencia perniciosa que ejerce la diátesis tuberculosa en toda la constitucion, y de la multiplicidad de lesiones que produce. Por espacio de mucho tiempo se ha creido que la demacracion resultaba de que no pudiendo atravesar el quilo los ganglios mesentéricos, refluia hácia el intestino y era arrojado por cámaras. Se-

mejante causa de marasmo no nos parece tan hipotética como se ha supuesto; pero solamente representa un papel secundario, porque no todos los ganglios están enfermos, ni todos lo están en el mismo grado; y si no es completa la destruccion del órgano, si solo está infiltrado el parenquima, se conservan todavia permeables estos conductos, como lo prueban las inyecciones practicadas en Alemania por el doctor Becker, el cual habiendo inyectado mercurio al través de ganglios en diversos grados de alteracion, ha visto que los atravesaba con libertad y llegaba á los vasos eferentes. Por último, aun en la hipótesis de que todos los ganglios estuviesen degenerados, hallándose permeables las venas, resulta que todavía podria verificarse la absorcion.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la tabes mesentérica es difícil. M. Guersant, cuya práctica era tan vasta y tan despejado su talento, considera el diagnóstico de esta enfermedad como uno de los puntos mas oscuros de la patología de la infancia, y dice que casi todos los síntomas que hasta el dia se han atribuido á dicha afeccion no le pertenecen, sino que dependen de otras muchas alteraciones del vientre, con las cuales se confunde muy á menudo, porque la acompañan generalmente y siguen su curso. El único síntoma patognomómico, el único carácter positivo de la tabes mesentérica, es la existencia de tubérculos en el mesenterio. En cuanto al volúmen del vientre, que es el signo á que mas importancia da el vulgo, no tiene valor ninguno; porque segun ha hecho notar M. Guersant, la mayor parte de los niños hasta los tres ó cuatro años tienen el vientre voluminoso, á causa de la estension proporcionalmente mayor del tubo intestinal, del volúmen del hígado, del desprendimiento de gases tan comun en los órganos digestivos de los niños débiles y raquíticos, y de los que digieren mal ó se nutren con malos alimentos.

Pronóstico.—El pronóstico es sumamente grave: sin embargo, cuando existe la tabes mesentérica, cuando no hay tubérculos en ningun otro punto, ó á lo menos en ningun órgano importante, puede tener la enfermedad una terminacion feliz: en tal caso se rehacen los ganglios, y esperimentan como hemos dicho, la transformacion cretácea. Cuanta mas edad tiene el niño, mas probabilidad de buen resultado hay en su favor. Cuando los ganglios han adquirido dimensiones estraordiaarias, cuando es contínua la fiebre héctica, y hay diarrea colicuativa que aniquila á los enfermos, es inevitable la muerte.

Etiología.—MM. Billiet y Barthez han demostrado con datos estadísticos cuán errónea es la idea de los que consideran la tabes mesentérica como una enfermedad frecuente en los niños. En efecto, estos ilustrados profesores se han asegurado de que la tuberculizacion mesentérica nunca, ó casi nunca, acomete á los niños menores de tres años. La enfermedad es tanto mas leve, cuanto mas tierno es el niño, tiene su máximun de frecuencia en la edad de cinco á diez años, y es muy rara de los doce á los quince. Los mismos observadores han demostrado igualmente, que era mas frecuente en los niños que en las niñas. Las causas de la tábes mesentérica son todas las que producen la diátesis tuberculosa; pero no se sabe aun en qué casos obra esta diátesis de preferencia sobre los ganglios mesentéricos.

Tratamiento.—Antes de todo es indispensable colocar al enfermo en buenas condiciones higiénicas, al aire no viciado, al sol, reanimar las funciones de la piel á beneficio de los baños salados ó aromáticos é iodados (agua 15 azumbres, iodo

una dracma ; ioduro de potasio, tres dracmas); y darles alimentos sustanciosos, aunque proporcionados á sus fuerzas digestivas. Conviene que tales alimentos contengan en poco volúmen, la mayor cantidad posible de principios nutritivos; interiormente podrá ensayarse el uso de los tónicos y ferruginosos, pero á cortas dosis y eligiendo los menos enérgicos, absteniéndose de todos los medios violentos que todavía están muy en boga en Inglaterra, tales como los laxantes, las calomelanos, los tónicos enérgicos, el hidroclorato de barita, los antimoniales, el iodo y el azufre. En cuanto al aceite de hígado de bacalao, debe ensayarse.

DE LOS TUBERCULOS DE LOS RIÑONES.

Caracteres anatómicos.—Los tubérculos de los riñones son mucho mas frecuentes en el niño que en el adulto, y se presentan bajo la forma de granulaciones grises, ó bien de tubérculos crudos; otras veces son tubérculos, de los que despues de evacuados resultan cavernas mas ó menos estensas. Las granulaciones grises y amarillas tienen comunmente su asiento en la sustancia cortical, en cuya superficie nunca sobresalen, y solo se presentan bajo la forma de pequeña manchas amarillas, que no guardan por lo general proporcion con el volúmen del producto morboso. Regularmente no está enquistado el tubérculo, y puede enuclearse con facilidad sin que arrastre consigo la menor porcion de tejido; á veces tambien existe la materia tuberculosa en la sustancia cortical bajo la forma de masas del tamaño de una aceituna ó de una avellana. Estos tubérculos gruesos, que algunas veces están enquistados, separados de la sustancia del riñon por una membrana ligeramente areolar por su cara interna (Rayer), pueden reblandecerse y vaciarse en el tejido celular, y mas comunmente en la pelvis. Si se unen entre sí muchas de estas cavernas, resulta una estensa bolsa que puede ocupar gran porcion del órgano.

La materia tuberculosa puede tambien depositarse bajo la forma de polvo ó granizo del tamaño de la cabeza de un alfiler, en la superficie y en lo interior de los mamelones, ó debajo de la mucosa de las cálices, de la pelvis, y de los uréteres; lo cual le da un aspecto desigual. Puede ademas propagarse la alteracion desde allí á la vejiga, al canal de la uretra y á las vesículas seminales. A consecuencia de la infiltracion tuberculosa, adquieren muchas veces los cálices, segun dice M. Rayer, cierta rigidez que no les permite aplastarse cuando se hace una incision en los riñones, circunstancia que, unida á su dilatacion, les da el aspecto de escavaciones tuberculosas.

Entre diez y seis casos de degeneracion tuberculosa de los riñones, solo dos veces ha visto M. Rayer que la túnica esterior participase de la alteracion. Cuando solamente hay granulaciones grises y tubérculos diseminados, está sano el tejido del riñon, y el órgano conserva con corta diferencia su volúmen; es raro que sea menor, y por el contrario generalmente es mayor. En los niños casi siempre se observa que invaden los tubérculos los dos riñones á la vez; pero no sucede lo mismo en los adultos, en quienes es mas comun encontrar limitada la alteracion á uno de estos órganos. Sea cual fuere la edad en que se presente la tuberculizacion de los riñones, casi siempre coincide con la pre-

sencia de tubérculos, no solamente en los pulmones, sino tambien en otros diversos órganos.

Síntomas.—M. Rayer confiesa que es imposible diagnosticar los tubérculos de los riñones cuando todavía no están en comunicacion con los conductos escretorios. Verdad es que á veces contiene la orina un poco de albúmina; pero como este carácter puede existir en muchas enfermedades, no tiene gran valor para el diagnóstico. Cuando los tubérculos reblandecidos se vacian en los cálices, la pelvis ó el uréter, se presenta turbia la orina en el momento de la emision, y tiene en suspension grumos no fibrinosos que se depositan en el fondo del vaso. Examinado este sedimento con el microscopio, resulta formado, segun M. Rayer, en gran parte de glóbulos mucosos, y á veces de glóbulos sanguíneos y de una materia orgánica que no se disuelve en los ácidos dilatados, como los fosfatos y los uratos, sales que constituyen por lo comun el sedimento de las orina. Esta materia orgánica, segun al mismo autor, solo ofrece al microscopio unos granillos muy distintos de los glóbulos purulentos y sanguíneos. La mezcla del detritus tuberculoso con la orina, ofrece la particularidad de que muchas veces se observan diferencias muy notables en la proporcion de esta materia, no solamente en las diversas emisiones verificadas durante muchos dias, sino tambien en las emisiones de un mismo dia. Tampoco puede compararse nunca, segun M. Rayer, la proporcion de la materia tuberculosa en la orina con la del pus en los casos de inflamacion de la pelvis ó de la vejiga. Cuando se encuentran los accidentes que preceden en un sugeto tuberculoso, deberá sospecharse que está afectado el riñon de la misma degeneracion.

La tuberculizacion de los riñones reconoce las mismas causas que la de los demás órganos. No hay ningun tratamiento especial con que combatirla.

DE LA AFECCION ESCROFULOSA.

SINONIMIA.—Humores frios, escrófula.

Escrófula se deriva de *scropha, marrana*, por la semejanza que se ha encontrado entre los infartos de los escrofulosos, y los que se desarrollan con preferencia en las marranas.

Definiremos la afeccion escrofulosa diciendo, que es un estado patológico constitucional caracterizado por diversas lesiones de las partes blandas y de los huesos, y especialmente por el infarto crónico y la tuberculizacion de los ganglios linfáticos.

Historia.—Esta enfermedad ha llamado la atencion de los médicos desde la infancia del arte. El mismo Hipócrates habla de ella en diferentes puntos de sus inmortales obras, y casi no hay ningun autor despues de él, y con especialidad despues de Galeno, que no se haya ocupado de ella. Es una de las afecciones acerca de cuya naturaleza se ha divagado mas particularmente en los tres últimos siglos. La oscuridad que presentaba su historia decidió á la Academia de Cirujía, en 1751, y treinta años despues á la Sociedad real de medicina, á abrir un concurso acerca de las enfermedades escrofulosas, el cual nos ha valido los trabajos de Bordeu, de Faure, de Charmetton, y posteriormente los de

Baumes, Kortum y Pujol. No por esto se apagó el entusiasmo de los médicos, pues desde entonces se ha enriquecido la ciencia con muchos trabajos especiales, y sobre todo con los de Hufeland en Alemania, y los de Lepelletier, Baudelocque y Lebert en Francia. Finalmente, el doctor Lugol, que se ha dedicado hace muchos años al estudio de las escrófulas, ha publicado hace poco algunas nociones interesantes acerca de las causas de estas afecciones. Unicamente es de sentir que no haya adoptado el autor, para la esposicion de sus ideas, un método mas rigoroso, y que no haya apoyado sus opiniones, á veces muy cuestionables, en datos numéricos.

Anatomía patológica.—Son muy diversas las lesiones que se encuentran en los escrofulosos. Casi siempre se halla un desarrollo preternatural de los ganglios submaxilares y de los de las partes laterales del cuello. A veces se propaga la alteracion á los ganglios bronquiales. Puede ocupar igualmente los del mesenterio, y mas raras veces los de algunas otras regiones, como los de las ingles ó las axilas. Los ganglios enfermos han adquirido un volúmen que varía desde el de una avellana hasta el de un huevo de gallina. No en todos ha llegado la alteracion á un mismo grado; en unos solamente está endurecido ó rojizo el tejido; en otros está duro, denso, y se asemeja por el color y consistencia á la carne de ternera cocida y lavada. Casi siempre se encuentra materia tuberculosa en mayor ó menor cantidad, ora solamente infiltrada, ora reunida en masas, separadas unas de otras por tejido celular laminoso. El tejido de los ganglios se encuentra en tal caso completamente destruido, y los tubérculos se hallan en distintos estados. Cuando la enfermedad está muy adelantada, se notan reblandecidos en una grande estension, muchos se han convertido en abcesos y se han abierto al esterior, en cuyo caso se encuentran trayectos fistulosos mas ó menos largos, desprendimientos considerables del tegumento, supuraciones difusas é induraciones crónicas que desde los ganglios se han estendido á las partes blandas inmediatas. Los huesos, principalmente los esponjosos, y entre ellos los del carpo y metacarpo, los del tarso y metatarso, las falanges de los dedos de piés y manos, los cuerpos de las vértebras y las estremidades articulares de los huesos largos, son la residencia de osteitis y periostitis, de cáries y necrosis, y se encuentra muchas veces en ellos materia tuberculosa en diferentes grados de desarrollo; esta es una alteracion que han aclarado mucho en estos últimos tiempos las investigaciones de MM. Nichet y Nelaton; pero no insistiremos mas en lo concerniente á estas lesiones, porque la mayor parte son del dominio de la cirujía. Inútil es decir tambien que, en los escrofulosos que sucumben en un período muy avanzado, se encuentran tubérculos en diferentes órganos, con especialidad en los pulmones, donde son casi constantes. Pero ¿es necesario que existan estas producciones accidentales, para caracterizar la afeccion escrofulosa? No lo creemos, pues nuestra opinion es que hay lesiones de las partes blandas y de los huesos que manifiestamente pertenecen á las escrófulas, aunque no coincidan con tubérculos, en cuyo caso se desarrollan estas lesiones bajo la influencia del mismo estado general que los tubérculos; pero estos deben considerarse como el mas alto grado de espresion de la diátesis. Cuando existen, caracterizan la enfermedad, constituyen, como dice Lugol, su signo patognomónico, y dan valor á todas las demás alteraciones.

Caracteres de la constitucion escrofulosa.—Se ha observado que muchos

individuos que están predispuestos á las escrófulas, presentan los caracteres de una constitucion ó complexion especial; tienen el cutis blanco, fino, lustroso y sonrosado; muchas veces están gruesos, y tienen formas redondeadas y cierta apariencia de buena salud. La mandíbula inferior es mas ancha y como cuadrada; las alas de la nariz y los labios voluminosos y como hinchados; las mejillas prominentes; las articulaciones mas gruesas; la estatura pequeña, ó por el contrario, muy alta y delgada; la cabeza es proporcionalmente muy voluminosa. Desde su infancia están espuestos estos individuos á padecer corizas, anginas, oftalmías, flujos por los oidos, diarrea, y erupciones pustulosas y vesiculosas, especialmente en la cara, en la cabeza y detrás de las orejas; tienen poca energía muscular; son perezosos; resisten poco á la fatiga; sus órganos digestivos y genitales no tienen grande actividad; los últimos son muy tardíos en su desarrollo; en las mujeres aparece la primera vez la menstruacion mucho mas tarde de lo regular, y M. Lugol ha observado ademas que abortan con mucha facilidad. Sin embargo, no todos los individuos que presentan los caracteres de la predisposicion cuyos principales rasgos acabamos de enumerar, se vuelven escrofulosos, y por otra parte sobrevienen las escrófulas muchas veces en personas que no parecian predispuestas á ellas por su constitucion. M. Lebert no ha encontrado la diátesis escrofulosa con los caracteres que se la designan comunmente sino en una séptima parte de sus enfermos.

Síntomas y curso.—Los síntomas se han dividido en locales y generales. Los primeros, muy variables por su sitio, son los que comunmente hacen sospechar la existencia de la enfermedad. Lo primero que se observa casi siempre son infartos ganglionales que tienen principalmente su asiento debajo de la mandíbula y en las partes laterales del cuello. Al principio son unos tumorcitos ovalados, indolentes, movibles, separados unos de otros; pero mas pronto ó mas tarde crecen, se reunen, y forman masas á veces enormes, que duplican y aun triplican el diámetro transversal del cuello. Pueden permanecer en un estado estacionario por espacio de meses y aun de años; pero al cabo se resuelve alguno, y la mayor parte se ponen doloridos, se inflaman y supuran; otros muchos se reblandecen sin inflamacion apreciable. En uno y otro caso se hace manifiesta la fluctuacion, se adelgaza el cutis, se ulcera y sale un pus seroso mezclado con grumos de una materia caseosa. Una vez formada la supuracion dura mucho tiempo; la abertura del abceso se cierra y abre alternativamente muchas veces; se forman trayectos fistulosos, y por encima de ellos se presenta el cutis azulado, adelgazado y mas ó menos desprendido; si se forma una cicatriz, es irregular, indeleble, y su superficie ofrece eminencias y depresiones que le dan un aspecto particular.

Los infartos ganglionales pueden ocupar no solamente el cuello, sino tambien las ingles, las axilas y la corva; pero en ninguna de estas regiones adquieren el volúmen que tienen á veces en el cuello, donde á menudo se propaga la alteracion con una rapidez estraordinaria á los ganglios bronquiales y á los de los mediastinos.

Igualmente se observan alteraciones profundas que interesan otros tejidos; asi es que á veces un lupus corroe parte de la cara; se presentan abcesos frios en diferentes puntos del cuerpo; se hinchan una ó varias articulaciones; se infartan, y presentan el conjunto de caracteres anatómicos que son propios de los

tumores blancos; el periostio se hincha y supura, se carian ó necrosan algunos huesos, y otros se reblandecen y tuercen como en la raquitis.

Desde el momento en que empiezan las alteraciones locales, y muchas veces aun antes, se ponen pálidos los enfermos; se desmejoran y pierden las fuerzas; se encuentran en un estado de languidez; tienen comunmente diarrea, y las digestiones son difíciles. Su sangre es mas serosa, y el número de glóbulos es generalmente menor. M. Federico Dubois la ha encontrado mas coagulable y menos difluente. Examinada con el microscopio, le ha parecido que la materia colorante se encontraba fuera de los glóbulos, y parecia que le era estraña. Respecto de los mismos glóbulos, los esféricos no presentaban nada de particular, pero los lenticulares habian sufrido diversas alteraciones en su forma. Pero estos resultados no han sido confirmados por ningun otro micrógrafo, y M. Lebert en particular pone en duda su exactitud, no habiendo él mismo podido llegar hasta ahora á ningun resultado preciso y bien determinado. La química patológica de la afeccion escrofulosa no ha llamado aun la atencion de los autores, y de consiguiente nada nos ha revelado. Se ha dicho que eran ácidas la mayor parte de las secreciones, que predominaban el fosfato y carbonato calcáreos en ciertos líquidos, y con especialidad en la leche, y que la perspiracion cutánea tenia un olor especial, hecho que ha sido señalado por un médico belga, M. Vanoverlood; pero estas proposiciones se apoyan en un corto número de esperimentos, y por lo mismo conviene repetirlas y variarlas. Por el contrario, las modificaciones de la secrecion urinaria han sido perfectamente estudiadas por M. Becquerel, el cual ha demostrado que cuando los escrofulosos se encuentran en un estado de caquexia, presentan la orina descolorida, acuosa, y su peso específico es menor que en los sugetos anémicos. No sucede lo mismo cuando los escrofulosos todavía están gordos y conservan fuerzas, pues entonces se ve que su orina tiene con corta diferencia las mismas cualidades de la orina febril, es decir, que se segrega en menor cantidad, es mas ácida, mas olorosa y mas pesada, y á veces contiene tambien algo de albúmina.

Bajo la influencia de las numerosas causas de aniquilamiento que acabamos de esponer, no tardan los enfermos en adelgazarse, debilitarse cada vez mas, y tanto mas pronto cuanto que generalmente coexisten las alteraciones esteriores que hemos enumerado con tubérculos en el mesenterio, y mas especialmente en el pulmon, los cuales, esten ó no reblandecidos, ejercen siempre una influencia muy perniciosa en la nutricion. Mas ó menos pronto sobreviene tambien una diarrea colicuativa, se presentan la fiebre héctica y el marasmo, y viene la muerte á terminar esta escena. Pero los síntomas locales y el modo cómo sobreviene la muerte varian mucho, segun que los infartos escrofulosos predominan en tal ó cual region, y segun que la diátesis tubérculosa ejerce á la vez sus estragos en mayor ó menor número de órganos y estos son mas ó menos importantes.

Siendo limitados los infartos escrofulosos, puede terminar la enfermedad por la curacion, en cuyo caso hay resolucion de los tumores, ó bien, y esto es lo mas frecuente, desaparecen despues de haberse reblandecido y evacuado al esterior; finalmente, algunas veces disminuyen de volúmen y se endurecen. Si hay tubérculos, pasan estos en parte al estado cretáceo, y conservan los enfermos por toda su vida tumores que permanecen por lo

comun indolentes, pero que á veces pueden inflamarse y supurar. Las alteraciones de los huesos son mucho mas persistentes y pertinaces y reclaman generalmente la intervencion de la cirujía.

Cuando la terminacion ha de ser satisfactoria, se verifica siempre con lentitud la mejoría, en términos que se necesitan meses y aun años para que se efectue la curacion. Esta puede apresurarse y favorecerse por una mudanza fisiológica ocurrida en la economía, como la pubertad, ó bien por la aparicion de una enfermedad febril. Sin embargo, en algunas ocasiones obran de otro modo estas circunstancias, es decir que dan nuevo impulso al desarrollo de los ganglios tuberculosos.

Sea cual fuere la terminacion de la enfermedad, si se prolonga muchos años, sigue una especie de regularidad en su desarrollo, como ha indicado perfectamente Guersant. Asi es que este hábil práctico ha dicho que las escrófulas empiezan comunmente en la primavera ó á últimos de invierno, y que los síntomas locales adquieren mayor intensidad en esta época del año, al paso que se alivian durante el verano, en términos tan notables, que algunas veces parece que va á terminar la enfermedad; pero casi siempre el invierno destruye estas esperanzas, y la enfermedad vuelve á seguir su cuaso con mayor intensidad. Ademas de la renovacion anual y periódica de estos síntomas, presenta algunas veces la enfermedad, segun Guersant, periodos de recrudescencia en el curso del año; pero generalmente son efímeros, ó por lo menos siempre mas cortos que el acceso de primavera.

Por muy completa que sea la curacion, es raro que mude la constitucion del enfermo; asi que es muy comun que se vea este acometido mas tarde ó mas temprano de los mismos accidentes ó de otros análogos en otras partes del cuerpos; ó bien si el mal continúa oculto, estos sugetos procrean siempre hijos escrofulosos y tuberculosos, como ha observado repetidas veces M. Lugol. Solo en casos muy raros se han visto sugetos que han padecido escrófulas, volverse vigorosos y robustos, engendrar hijos sanos, y vivir mucho tiempo. Mas de la mitad de los escrofulosos que se curan conservan cicatrices disformes ó alguna mutilacion.

Diagnóstico.—La diátesis escrofulosa, como todas las demás, se revela por sus efectos. Debemos sospecharla en los individuos de temperamento linfático exagerado, sobre todo en los que ofrecen los rasgos de esa constitucion que se ha llamado escrofulosa, y que tal vez no indica tanto una predisposicion como una afeccion ya establecida. En todos los casos, el médico debe fijar su atencion en estos primeros indicios de la diátesis para atacarla inmediatamente. Atendiendo á la naturaleza de las lesiones locales, á su número, á su orígen, y sobre todo al estado constitucional del sugeto, podrá reconocerse casi siempre la existencia de las escrófulas. En efecto si se trata de determinar si un infarto ganglional es simple ó escrofuloso, se tomarán en cuenta las circunstancias siguientes: el infarto crónico, rara vez espontáneo, sucede casi siempre á una causa de irritacion; asi es que los ganglios sub-maxilares y cervicales se infartan en los niños que padecen anginas ó erupciones en la cabeza, ó tienen una denticion difícil. Por el contrario, el infarto escrofuloso se declara lentamente sin el concurso de estas circunstancias. El primero es comunmente doloroso al principio, y desaparece

con las causas que le ocasionan; el segundo, por el contrario, es siempre indolente, se complica con algunas causas de irritacion en las partes inmediatas, y persiste aun despues de haber vuelto estas á su estado fisiológico. La constitucion se encuentra alterada en el segundo caso, y mas ó menos completamente intacta en el primero. Finalmente, los infartos escrofulosos coexisten muchas veces con otras alteraciones del tejido celular, de los cartílagos y de los huesos. Tambien tienen alguna semejanza los infartos lamparónicos con los escrofulosos; pero, segun M. Tardieu, se distinguirán los primeros de los segundos, en que en los lamparones siempre hay cordones nudosos formados por el infarto de los vasos linfáticos, lo cual no sucede jamás en las escrófulas; ademas, los tumores lamparónicos nunca tienen la dureza de los que dependen de la diátesis escrofulosa, terminan pronto por supuracion, y tienen un curso sub-agudo. Finalmente, las angioleucitis lamparónicas van acompañadas de abcesos múltiples, cuyo modo de formacion y curso hemos dado á conocer; ademas, inoculado el pús que suministran estos abcesos en un solípedo, reproduce la misma afeccion ó el muermo. No es posible referir las lesiones escrofulosas de los huesos á la sífilis, porque esta altera con especialidad los huesos de la cara y del cráneo, al paso que las escrófulas ejercen su accion con preferencia en las vértebras y los huesos de los miembros: ademas, en el primer caso hay dolores osteócopos que faltan en el segundo.

Pronóstico.—Las escrófulas son siempre una afeccion grave; pero se concibe que debe variar el pronóstico segun la estension y multiplicidad de las lesiones, y segun sea el estado constitucional. No necesitamos insistir sobre el particular.

Etiología—Las escrófulas constituyen una enfermedad que puede observarse en todas las edades: sin embargo, es rara en los viejos, y en quienes mas estragos hace es en los niños. Segun Guersant, empieza comunmente á manifestarse en la época de la primera ó segunda denticion, ó en su intervalo, y va aumentándose progresivamente su frecuencia á medida que se acerca la pubertad. En la mayor parte de los adultos afectados de escrófulas, data la enfermedad desde la infancia. En todas las edades parece que es mas comun en la mujer que en el hombre, en la proporcion de 5 á 3, segun M. Pelletier. Eso no es exacto sino con referencia á ciertos paises como París y aun con respecto á la Francia y á la Inglaterra enteras, pues en Ginebra, Praga y Londres, hay, segun M. Lebert, un ligero predominio de la escrófula en el hombre. Generalmente se cree que los sugetos linfáticos están mas predispuestos á las escrófulas; pero Guersant ha combatido esta opinion y añade que la mitad de los escrofulosos no tienen los atributos de dicho temperamento. M. Lebert ha emitido las mismas ideas. Sea como fuere, todavía no nos parece resuelto este problema; pero nos inclinamos á creer, con M. Baudelocque, que la afeccion se desarrolla mas fácilmente y tiene un curso mas rápido en los sugetos linfáticos que en los de cualquier otro temperamento.

Antiguamente se atribuia grande influencia en la produccion de la enfermedad á muchas condiciones higiénicas, como la humedad, la falta de insolacion, la mala calidad de los alimentos, el uso de aguas selenitosas ó procedentes de la nieve, y la respiracion de un aire no renovado y alterado;

pero los modernos, y entre ellos M. Baudelocque, han puesto en duda la realidad de la mayor parte de estas causas. En nuestro concepto está suficientemente demostrado que la calidad de las aguas no influye en la produccion de las escrófulas, puesto que en París, por ejemplo, no son comunes en la orilla izquierda del Sena, aunque los habitantes solo beben allí agua de Arcueil que es muy selenitosa. Pero si este líquido no ejerce una influencia manifiesta, ¿podremos decir otro tanto de la clase de alimentos? ¿Es verdad, por ejemplo, como cree M. Baudelocque, que una alimentacion insuficiente, compuesta principalmente de vegetales, de legumbres y frutas, no tiene apenas influencia? Esta idea es contraria á la opinion general, y no está demostrada su exactitud. Por otra parte, si se considera que la alimentacion debilitante es muy funesta á los escrofulosos, al paso que les es muy útil el régimen analéptico, deberá suponerse que los alimentos de mala calidad, que debilitan la economía, pueden provocar el desarrollo de la afeccion. ¿Debe negarse igualmente la accion de la humedad, bajo el pretesto de que hay pueblos situados cerca de lagunas, sin que en ellos haya ni un escrofuloso? Pero esto solo prueba que la humedad no es la única causa, que no obra siempre, y que puede ser contrarestada por otras influencias. Ademas todo el mundo sabe que las escrófulas reinan con especialidad en los climas templados, frios y húmedos, y que es muy comun ver que dicha afeccion ejerce sus estragos en los sugetos de los paises de la zona tórrida que habitan algun tiempo en nuestros climas. Por último, hemos dicho mas arriba que las escrófulas se manifestaban con preferencia en las estaciones húmedas y frias, y que se agravaban siempre entonces, aliviándose, por el contrario, en las estaciones secas y calientes. Despues de negar M. Badelocque la influencia de la mayor parte de las condiciones higiénicas, considera las escrófulas como producidas principalmente por la alteracion del aire, debida á la falta de renovacion; y de este modo esplica la frecuencia de la enfermedad en las calles estrechas y tortuosas, y en las habitaciones muy reducidas. Pero es preciso no perder de vista que los individuos que se hallan en tales circunstancias, se encuentran sometidos simultáneamente á la accion de causas no menos poderosas, como la humedad, la privacion del sol, los malos alimentos; circunstancias muy atendibles, porque nadie puede negar que, solas ó combinadas, ejercen una influencia deletérea en la constitucion. Las causas precedentes esplican por qué son endémicas las escrófulas en ciertas localidades.

Entre todas las causas invocadas para esplicar el desarrollo de esta enfermedad, no hay ninguna tan poderosa como la trasmision hereditaria. En efecto, nadie duda que un escrofuloso engendra otro; pero afortunadamente esta proposicion tiene numerosas escepciones, y M. Lebert no ha encontrado escrófulas hereditarias mas que en una tercera parte de los escrofulosos que ha visitado. M. Lugol ha tratado la cuestion de herencia con mucha estension en su última obra, y la considera como la causa general y casi única de las afecciones escrofulosas, combatiendo la influencia de las causas esteriores y de las condiciones higiénicas que hemos indicado anteriormente. Dicho autor ve una relacion íntima y constante entre la salud, la constitucion de los padres y la de los hijos; en su concepto, no solamente un escrofuloso engendrará otro, sino que podrán dar el mismo resultado dos individuos que hayan padecido sífilis, que hayan abusado de los placeres venéreos, que se hayan casado muy jóvenes, ó

que tengan hijos cuando son ya de mucha edad, y hasta cree que podrá suceder lo mismo cuando hay desproporcion de edad en los padres, ó cuando no se tienen cariño. Es indudable que todas estas circunstancias pueden influir sobre la constitucion de los niños y sobre la belleza de la especie; pero ¿producen realmente las escrófulas? Cuestion es esta que todavía está por resolver; pues aunque M. Lugol ha reunido muchos materiales, no son todavía suficientes. Por otra parte, para obtener resultados suguros, es indispensable, en lugar de citar algunos hechos mas ó menos concluyentes, presentar datos numéricos que determinen si los individuos colocados en las condiciones precedentes, engendran mas hijos escrofulosos que los demás : entonces solamente podremos tener una opinion fundada sobre tan importante objeto. Nada diremos del contagio de las escrófulas, porque la esperiencia y los ensayos de inoculacion (que con arreglo á nuestra conciencia son criminales) han probado que nunca tenia la enfermedad un carácter contagioso.

En resúmen, consideramos que las escrófulas pueden ser producidas por una multitud de causas; pero ninguna de ellas obra de una manera segura, constante, y esto mismo esplica por qué muchas veces se ha puesto en duda su influencia. Tambien creemos que puede sobrevenir la enfermedad espontáneamente, sin intervencion de ninguna de ellas; pues niños nacidos de padres sanos y criados en las mejores condiciones higiénicas, se ven á veces acometidos de intensas escrófulas.

Tratamiento.—El de las escrófulas es higiénico y farmacéutico : el primero es el mas importante, porque por sí solo puede contener la enfermedad; sin él, todos los demás son ineficaces. Todos están conformes en aconsejar á los escrofulosos un aire puro y seco, y una habitacion bien ventilada y soleada, un régimen analéptico, compuesto principalmente de carnes asadas, de legumbres frescas y de vino bueno : generalmente todos proscriben el uso de la leche, de las legumbres farinosas y de las pastas. Los enfermos deben hacer un ejercicio proporcionado á sus fuerzas y llevar vestido interior de lana; y ademas conviene escitarles la piel á beneficio de fricciones y baños sulfurosos, aromáticos, ó de mar, ó simples baños frios de corta duracion. Es aun preferible enviar á los enfermos á un establecimiento termal sulfuroso, á Bareges, á Luchon ó á Aix en Saboya. A los medios higiénicos se agregarán algunos medicamentos; interiormente se administrarán algunos tónicos, como la genciana, el lúpulo, la quina y los ferruginosos. M. Negrier, que es uno de los catedráticos mas distinguidos de la escuela de Angers, ha recomendado últimamente las hojas de nogal en infusion (un puñadito en diez onzas de agua), ó en estracto á la dosis de ocho hasta diez y seis granos : Guersant y M. Borson (de Chambéry) han empleado este medicamento con muy buenos resultados, y M. Negrier dice que con él podemos tener esperanzas de curar las tres cuartas partes de los enfermos. Pero es preciso advertir que este remedio obra con lentitud, pues se necesitan próximamente dos meses para que se hagan sensibles sus efectos.

Uno de los medicamentos que mas en boga han estado es el iodo, y M. Lugol se muestra uno de sus mas celosos partidarios. Se administra interiormente bajo la forma de tintura alcohólica (de 4 á 40 gotas, una ó muchas veces al dia) ó al esterior en pomadas y baños. Pero el iodo, aunque útil, no tiene tanta eficacia como algunos le atribuyen. Con frecuencia los trastornos que sobrevienen en las

funciones digestivas obligan á suspender su uso. El ioduro de potasio no tiene estos inconvenientes graves, y es de consiguiente preferible. Para los niños se emplea de dos ó cuatro granos á veinte ó treinta de ioduro en una tisana de lúpulo ó de trinitaria agreste, al paso que en el adulto se aumenta la dosis del primero á un escrúpulo, una dracma y aun dos: estas dosis se administran en el espacio de veinte y cuatro horas. Se han recomendado igualmente las preparaciones mercuriales, Hufeland hace un elogio grande de ellas; pero en el dia están casi enteramente abandonadas. Pocos son los prácticos que, siguiendo la opinion de Chretien y Legrand, emplean las preparaciones de oro, medicamento que debe usarse con mucha reserva, y cuya eficacia no está todavía bien demostrada. Otro tanto diremos del sub-carbonato de sosa, del cloruro de plata, recomendado por M. Sicard, de los cloruros de cal y de bario, que M. Baudelocque ha querido introducir en la práctica, y que se administran en agua á la dosis de uno á cinco granos. En cuanto al aceite de hígado de bacalao, multitud de hechos observados por los doctores Taufflied (del Bajo Rin), Panck (de Moscou) y Stber, prueban que este medicamento es útil muchas veces, especialmente en las afecciones escrofulosas del sistema huesoso.

Ademas del tratamiento general, se combatirán las escrófulas con el local: asi es que sobre los tumores glandulares y tumefacciones óseas, se darán fricciones con el ungüento mercurial mezclado con una vigésima parte de su peso de hidroclorato de amoniaco, ó bien con la pomada de hidriodato de potasa simple ó iodurada, ó con la de óxido de oro. Se lavan las úlceras con vino, ó con un cocimiento de quina ó de hojas de encina: tambien pueden emplearse estos líquidos en fomentos alrededor de los infartos crónicos. Pero las úlceras, las cáries, los abcesos y los desprendimientos de tegumento, exigen por lo regular la intervencion de los medios quirúrgicos, por cuya razon remitimos al lector á los tratados especiales de cirujía para los cuidados que en tales circunstancias deben prodigarse á los enfermos.

Naturaleza.—Se han emitido las ideas mas absurdas acerca de la naturaleza de las escrófulas. Antiguamente solo se veia un efecto de la acumulacion de la pituita: autores eminentes del siglo anterior, como Hunter y Bordeu, invocaron la presencia de un ácido, y Baumes añadió que era el fosfórico. Para los solidistas consistian las escrófulas en una debilidad radical, ó por el contrario, en una accion exagerada de los vasos y ganglios linfáticos, al paso que Broussais y sus partidarios solo vieron en ellas, como Girtanner, un efecto de la irritacion. Algunos autores, y con especialidad Astruc, Rosen, Hufeland y Richerand, consideraron las escrófulas como una especie de degeneracion del vírus venéreo; pero en el dia nadie sostiene esta opinion, ni tampoco la de que las escrófulas son efecto de un vírus especial. Mas bien se consideran las lesiones locales como dependientes de una causa general aun mal definida, de un vicio de la constitucion que hace que la nutricion se altere y pervierta. ¿Cómo, en efecto, hemos de negar un orígen constitucional á una afeccion tan frecuentemente hereditaria, que se revela por medio de las mas variadas y graves manifestaciones, tales como infartos ganglionales, úlceras, abcesos, hinchazon y cáries de los huesos, periostitis, flegmasias crónicas de los ojos, de la nariz, de los conductos auditivos, etc.; alteraciones que pueden aisladamente ceder á medicaciones locales; pero reproduciéndose con frecuencia en otro pun-

to ó siendo reemplazadas por otras mientras no se modifica el vicio constitucional? Y digo vicio constitucional para no prejuzgar la cuestion, para no engolfarme en estériles debates de naturaleza, de sitio, de alteraciones primitivas, cuestiones hasta hoy insolubles, que agitadas por espacio de veinte y dos siglos han conducido á la negacion de la enfermedad escrofulosa, y la han hecho considerar en cierta época como un grupo artificial de síntomas, como una serie de afecciones locales debidas á la irritacion de los tejidos blancos.

No hay necesidad de creer como los antiguos en un vírus ó gérmen, que formado lentamente ó viniendo del esterior, se desenvuelve al cabo. Es igualmente imposible, como lo manifiesta M. Bousquet, hacer derivar la diátesis escrofulosa de otra diátesis. Ella tiene, en efecto, algo especial en su marcha, en sus espresiones sintomáticas, en sus terminaciones y en sus consecuencias, y debe de consiguiente tener una existencia propia, y hallar su razon de ser en una disposicion desconocida de la constitucion de los individuos. En nuestro concepto las escrófulas son una afeccion especial y constitucional; que no es tuberculosa, porque no en todos los casos se encuentra esta produccion morbosa, y no consiste en un tubérculo el punto de partida de las numerosas lesiones que sobrevienen. Los catedráticos Velpeau y Piorry parece que opinan que las escrófulas no tienen nada de específico: segun sus cálculos, los infartos ganglionarios, que son otros de los principales caracteres de la enfermedad, han de considerarse comunmente consecutivos á una causa de irritacion que reside en las inmediaciones; pero semejante opinion no nos parece fundada, y aunque lo fuese, ¿cómo esplicaríamos las lesiones que se van presentando en los demás tejidos, y que evidentemente dependen de la misma causa que el infarto ganglionario, es decir, de una alteracion profunda de la nutricion?

DEL CÁNCER EN GENERAL.

Difícil es dar una buena definicion del cáncer; sin embargo, se le pueden atribuir los caracteres siguientes:

El cáncer es un tejido de nueva formacion sin análogo en la economía, que tiende á estenderse é invadir las partes vecinas. Si se le estirpa se reproduce casi siempre, ya en el mismo punto, ya en órganos mas ó menos lejanos. De naturaleza probablemente incurable, obra profundamente en la nutricion y desenvuelve una alteracion constitucional que daremos á conocer mas adelante con el nombre de *caquexia cancerosa*.

Historia.—La palabra *cáncer* es una espresion figurada creada por los médicos griegos (de καρκινος, cangrejo) para designar la enfermedad cuyos principales caracteres acabamos de trazar. Asi la llamaron por la semejanza que creyeron hallar entre las venas dilatadas que cruzan un tumor canceroso y las patas del cangrejo, ó bien porque suponian que un animal devoraba realmente las partes enfermas.

Señalado en los libros hipocráticos y conocido de todos los autores que han sucedido al padre de la medicina, el cáncer estaba bastante bien estudiado bajo su aspecto sintomático. Pero no podemos decir otro tanto de su anatomía patológica. Cierto es que ya en los remotos tiempos se admitian varias especies de

cánceres, como que en los mas antiguos libros se encuentra ya la distincion entre el escirro y el cáncer, aplicándose mas especialmente esta última palabra al tejido encefaloides y á la forma ulcerosa. Sin embargo, la historia anatómica de la lesion era aun muy defectuosa sesenta años atrás, en cuya época y á principios del siglo actual se emprendieron trabajos considerables en Inglaterra por Burns, por Abernethy y sobre todo por Wardrop; en Italia por Scarpa, en Francia por Bayle y Cayol, por Laënnec, por Bécamier, y mas recientemente por Cruveillier, Andral y Berard, y en Inglaterra por el catedrático Walsh, el cual ha publicado en Londres una obra completa muy digna de la reputacion del autor.

Por último, en nuestros dias varios médicos laboriosos, sometiendo las producciones cancerosas al exámen microscópico, han llegado á distinguir del cáncer algunos tumores que se confundian con él algunas veces. Esta senda, abierta gloriosamente quince años atrás por Muller, de Berlin, ha sido seguida con éxito por diferentes autores. Merece mencion particularmente el trabajo de M. Broca, premiado por la Academia nacional de medicina y publicado en el volúmen XVI de las Memorias de aquella ilustre corporacion, y la merece tambien la monografía dada á luz por el doctor Lebert sobre las enfermedades cancerosas.

Divisiones.—Distinguiremos dos formas principales en la afeccion cancerosa, el escirro y el encefaloides. Estas alteraciones constituyen, segun algunos, un grado diferente de una misma afeccion, al paso que otros, especialmente en Inglaterra, las consideran como dos afecciones distintas. A estas dos formas fundamentales del cáncer, se agregan algunas otras variedades, relativas principalmente al aspecto y á la testura del tejido morboso.

1.° *Anatomía patológica del escirro.*—El tejido escirroso, ya liso, ya desigual, va casi siempre acompañado de un aumento de volúmen del órgano, mientras que este parece algunas veces atrofiado. El escirro se presenta bajo la forma de masas mas ó menos voluminosas, de un color blanquecino ó ligeramente azulado, y de una consistencia que varía desde la del tocino á la del cartílago. Se esperimenta al dividirla una resistencia mas ó menos considerable, y con frecuencia se percibe bajo el instrumento un ruido particular. Examinando la superficie cortada antes que el escirro se haya reblandecido, se encuentra igualmente un tejido blanco, azulado ó ceniciento, semi-transparente, el cual está formado de dos elementos, de una materia albuminosa, que es la que prepondera, y de un tejido fibroso. La primera por su color y consistencia se parece á la corteza de tocino, á la cual se la ha comparado. Está alojada en intersticios formados por un tejido fibroso, que ya se halla circunscrito por alvéolos que parecen los de un panal, ya está dispuesto á manera de fajas que parten divergentes del centro á la periferia. En este último caso se parece mucho el corte del tejido escirroso al de un nabo, y se llama escirro *napiforme.* Estos rádios fibrosos se estienden algunas veces mas allá de los límites del tumor, y en tal caso envian prolongaciones al tejido celular adyacente, acerca de cuya disposicion ha llamado mucho la atencion Carlos Bell. Este célebre fisiólogo consideraba estas bandas fibrosas como un tejido nuevo; otros sin embargo creen que acaso son mas comunmente resultado de una transformacion de los elementos orgánicos. La materia albuminosa mas ó menos densa, opaca

y lactescente, es por el contrario un producto nuevo de secrecion, que se esprime comprimiendo entre los dedos el tumor escirroso despues de haberle dividido, ó bien raspando la superficie cortada con un escalpelo. Esta materia se designa con el nombre de *jugo canceroso*, y existe en mayor ó menor abundancia, cualquiera que sea la forma anatómica del cáncer.

Los micrógrafos han estudiado con asiduidad la constitucion del cáncer, y hé aquí los principales caracteres que M. Broca ha indicado en su trabajo. Si se exámina el jugo canceroso con un aumento de 300 á 500 diámetros, se percibe desde luego una innumerable cantidad de células y de núcleos libres que tienen caracteres especiales. Existen ademas algunos cuerpecillos mas pequeños llamados *globulinos* por M. Lebert, que nada ofrecen que les caracterice. Los núcleos libres son constantes; su número es variable, y pueden constituir la totalidad del tumor; otras veces, al contrario, son escasos ó diseminados entre una gran cantidad de células. Estos núcleos libres son redondeados ó ligeramente elípticos; tienen, en término medio 0 m, 01 de diámetro; su sustancia es granulosa, y está formada de algunos puntitos opacos, en medio de los cuales se destacan nuclecillos que se presentan bajo la forma de manchas brillantes, redondas, anchas, de 0 m, 002 á 00 m, 003, existiendo en número de 1 á 3, si bien faltan algunas veces.

Las células cancerosas ofrecen las mayores variaciones de forma, número, dimensiones y contenido. Las mas pequeñas no esceden de una manera sensible del volúmen de los núcleos libres; otros pueden tener 0 m, 050 y 0,060. Su forma es mas variable aun. Las hay esféricas, elipsóides, aplastadas, y las hay tambien de la configuracion mas estraña. El contenido de las células es tambien variable, pero la parte mas constante es el núcleo que está constituido como los núcleos libres. Su número varía desde 1, 2 ó 3, que es lo mas comun, hasta 15 ó 20. En algunas circunstancias los núcleos faltan enteramente. Se han descrito tambien *células madres*, es decir, células que encierran en su interior otras mas pequeñas.

¿La célula con núcleo, tal como acabo de describirla, constituye realmente el carácter patognomónico del cáncer? Casi todos los micrógrafos franceses contestan afirmativamente; pero esta opinion ha sido impugnada en Alemania, en Inglaterra y hasta en la misma Francia. M. Velpeau, en su nueva obra sobre las enfermedades mamarias, se ha aventurado á decir que la célula con núcleo puede faltar en tumores cancerosos y hallarse en otros que no lo son.

La química nada nos ha demostrado acerca de la naturaleza del cáncer. En él se encuentran principalmente albúmina, gelatina, caseina y varios cuerpos crasos.

El escirro mas duro contiene vasos; pero hablaremos mas minuciosamente de la vascularizacion del cáncer cuando estudiemos la estructura del encefaloides en el cual el elemento vascular se halla principalmente desenvuelto.

El escirro en un principio es por lo regular circunscrito y movible; pero poco á poco contrae adherencias con las partes inmediatas, y pierde asi parte de su movilidad. Reblandecido al mismo tiempo el tumor en diferentes partes, se encuentran puntos en que el tejido ofrece la consistencia de una gelatina blanca, semi-transparente, y á veces manchada de sangre. El reblandecimiento es mas marcado en los puntos culminantes, en las abolladuras del tumor

que se adhieren á la piel ó á una mucosa. Bien pronto los tegumentos adelgazados, rojizos, ó violados, se agrietan y ulceran.

La solucion de continuidad que se forma despues del reblandecimiento del escirro, es mas ó menos estensa, tiene una superficie agrisada, llena de vegetaciones ó fungosidades azuladas, descoloridas ó lívidas. Está bañada por un fluido icoroso, ácre y fétido; pero rara vez da lugar á hemorragias, ó á lo menos no son muy abundantes. Sus bordes son duros, y están vueltos hácia afuera, ó cortados perpendicularmente. MM. Trousseau y Leblanc han visto en sus estudios sobre las úlceras carcinomatosas, que debajo de las fungosidades existia una capa carnosa, quebradiza, que se desgarra fácilmente con la uña, y que inmediatamente debajo de ella se halla el tejido escirroso en estado de crudeza, pero que no tardaba en reblandecerse y ulcerarse.

El escirro afecta con especialidad al útero, los órganos glandulares y generalmente los que contienen mucho tejido celulo-fibroso: por eso es frecuente esta alteracion en el estómago y el recto. Lobstein ha dicho que rara vez padecian esta degeneracion los músculos, las membranas serosas, los huesos y los tendones, y que nunca se afectan primitivamente. Scarpa ha emitido igual opinion relativamente á los ganglios, á los vasos linfáticos, y algunos otros órganos. Pero esto no es exacto, y lo único que puede asegurarse es, que el escirro no se observa con tanta frecuencia en estos órganos y tejidos como en los que hemos enumerado primeramente.

Al escirro debe referirse lo que ha dicho Abernethy del *sarcoma carcinomatoso.* Tambien agregaremos á esta forma de la afeccion cancerosa, las úlceras cancerosas primitivas, es decir, las úlceras que, simples al principio, degeneran despues; ó bien las que ofrecen, desde su orígen, el aspecto canceroso, y van acompañadas de la induracion escirrosa de los bordes y del fondo.

2.° *Anatomía patológica del encefaloides ó tejido cerebriforme.*—El cáncer encefaloides ó cerebriforme se llama asi por su semejanza con la pulpa del cerebro de un niño. Tiene tambien, como el escirro, un período de crudeza y otro de reblandecimiento.

El tejido encefaloides en estado de crudeza se presenta bajo la forma de masas mas ó menos voluminosas, blancas, semi-transpareutes, semejantes al tocino; comprimiéndole entre los dedos ó raspándole con el lomo del escalpelo, se esprime un líquido blanquecino, de aspecto lechoso, y que se mezcla con el agua. El tejido encefaloideo reblandecido ofrece una blandura pastosa, y á veces da la sensacion de una verdadera fluctuacion: cuando se le divide, se presenta bajo la forma de una pulpa casi homogénea, de color blanco lechoso, tira mas ó menos al de rosa, lo cual justifica la comparacion que se ha establecido entre este tejido morboso y la sustancia cerebral. Si se examina cuál es la estructura del cáncer encefaloides, se le encuentran los mismos elementos histológicos del escirro. Dividiéndolo se ve formado primero por una trama celulo-fibrosa, que está unas veces como rellena, y otras presenta el aspecto areolar, y aloja en sus intersticios esa materia blanca, cerebriforme de que ya hemos hablado, la cual se esprime por la presion, ó se desaloja con un chorro de agua. Despues de haber hecho salir esta materia, es cuando se descubre bien la existencia y disposicion del tejido fibrilar, que puede estar formado por un tejido celular accidental, ó por la trama misma del órgano. Pero ademas de este

tejido y de la materia cerebriforme contenida en sus intersticios, contiene el cáncer cerebriforme, al revés del tejido escirroso, una gran cantidad de vasos. Todos los autores lo habian observado, pero M. Berard es el que mejor lo ha demostrado en estos últimos tiempos en el artículo Cáncer del *Dictionnaire de Médecine*. Este sabio profesor, habiendo inyectado muchas masas encefaloides, ha comprobado la existencia de un gran número de arterias en su interior. Se ha asegurado ademas de que varian el número y disposicion de los vasos segun el grado de consistencia del cáncer : asi es que en los puntos donde este se presentaba aun en estado de crudeza, no se percibian vasos á primera vista, y solo con gran trabajo se podian reconocer algunos puntos rojizos en la superficie de las partes divididas. Por el contrario, en los puntos en que empezaba á reblandecerse el cáncer, habia muchos vasos pequeños, que formaban una red elegante, que parecia contener entre sus mallas la materia cerebriforme. Finalmente, en las partes completamente reblandecidas, eran todavía mas numerosos los vasos. De estos datos ha deducido M. Berard que el número de vasos arteriales iba siempre en aumento en los tumores encefaloides á medida que se reblandecia su tejido, sin que sea posible decidir si solo hay simple coincidencia, ó si hay cierta dependencia entre estos dos fenómenos (reblandecimiento y vascularizacion mayor). Este gran número de arterias contenidas en las masas cerebriformes, esplica el color rojizo del tejido y los derrames sanguíneos apoplectiformes que tan á menudo se encuentran en las partes reblandecidas. Esta sangre derramada esperimenta diversas transformaciones, que han sido bien indicadas por Laënnec. El suero es absorbido, y la fibrina y la materia colorante, mezcladas con la sustancia cerebriforme, varian su aspecto, y le dan un color rojo ó negro, y una consistencia análoga á la de una pasta seca y quebradiza.

Se ha creido por espacio de mucho tiempo que la vascularizacion del cáncer dependia solamente de las arterias, y que ni por la inspeccion ni por las inyecciones era posible descubrir venas en estos productos accidentales. Esta opinion no es exacta, pues hábiles anatómicos y patólogos, entre los cuales citaré á MM. Lenoir, Nélaton, Follin, despues de haber inyectado con líquidos de diferentes colores la arteria y la vena del órgano enfermo, han podido probar la existencia de estos dos órdenes de vasos en el tejido canceroso. M. Cruveilhier, opina que las venas dominan en el cáncer, y se crean en él de todos los diámetros, diferenciándose en eso de las arterias que segun el mismo célebre profesor, no son jamás de nueva formacion, sino que provienen de los tejidos que el cáncer ha invadido. Lo cierto es, que las arterias y las venas no se conducen del mismo modo en el tejido canceroso. Las primeras resisten mucho á la invasion del tejido encefaloides y se dejan penetrar por él difícilmente; las venas al contrario, no solo las que existen en el tejido morboso, sino que tambien las circunstantes se dejan penetrar con la mayor facilidad por la materia encefaloidea, y esta las oblitera y hasta puede hacerlas desaparecer completamente.

La presencia de la materia encefaloidea en las venas que rodean las masas cancerosas, es un hecho demostrado en el dia, y que puede esplicarse de tres diferentes maneras. Las mas veces entra el producto morboso en las venas por absorcion; cuando las paredes del vaso han sido destruidas por el cáncer, penetra directamente; por último, preciso es admitir con M. Velpeau, que en algunos casos la sangre, coagulada por una causa cualquiera, esperimenta en lo interior

del vaso la transformacion encefaloidea bajo la influencia de la diátesis que existe.

M. Vogel, en su *Anatomie pathologique*, considera como dudosa en el cáncer la existencia de vasos linfáticos y filamentos nerviosos. Cree que si existen provienen de tejidos normales y no son de formacion reciente.

El tejido cerebriforme puede estar infiltrado en la trama de los órganos: en algunos casos está enquistado; pero entonces forma tumores que rara vez llegan al tamaño de un huevo. Por lo regular no está enquistado, y se presenta bajo la forma de masas redondeadas compuestas de muchos lóbulos, que pueden adquirir dimensiones enormes, asi es que M. Berard ha visto un encefaloides del muslo tan grueso como el cuerpo de un adulto. Este tejido accidental, se ulcera con frecuencia, y las úlceras son notables por su aspecto descolorido ó violado; su superficie se cubre de escrecencias fungosas, muy voluminosas, de las cuales fluye un icor fétido, y de cuando en cuando se desprenden grandes colgajos. La vascularidad del tejido esplica la frecuencia y pertinacia de las hemorragias que se observan durante la vida.

El tejido encefaloides, á diferencia del escirro, puede invadir casi todos los tejidos y órganos, y es la forma mas comun del cáncer. A esta especie deben referirse muchas alteraciones, que en Inglaterra particularmente, han recibido nombres particulares, tales son los sarcomas *pulposo, medular y tuberculoso* de Abernethy: el cáncer *blando*, *el exóstosis medular y el fungus hematodes*. Esta última palabra, que fue introducida en el lenguaje patológico para designar el cáncer encefaloideo de las mamas (Hey), despues el del ojo (Wardrop) ha recibido distinta significacion de algunos cirujanos franceses, que bajo este nombre han confundido los encefaloides y los tumores eréctiles. El cáncer *areolar* no es mas que un cáncer encefaloides, cuyo tejido ofrece en alto grado el aspecto areolar. Debe tambien saberse que tanto el encefaloides como el escirro pueden estar teñidos de negro por la materia melanósica, sin que haya variado su naturaleza; y esto es lo que se llama cáncer *melánico*. Finalmente, casi siempre están formadas por tejido encefaloides las vegetaciones violadas y fungosas que se desarrollan en el cutis ó en las mucosas endurecidas, ó sin alteraciones antecedentes, y que caracterizan una especie de cáncer llamado *vegetante*. Las diversas denominaciones que acabamos de dar á conocer son inútiles y ocasionan gran confusion en el estudio del cáncer; asi es que deben desecharse, y si he hecho mencion de ellas, ha sido para indicar el valor que debe darse á estas espresiones, que se encuentran en algunas obras y están en uso en el lenguaje de ciertos médicos.

Algunas veces hablaremos en lo sucesivo del cáncer *coloides ó gelatiniforme*, degeneracion que consiste en una trama areolar, llena de una especie de gelatina ó de materia análoga á la cola. Esta alteracion pertenece al cáncer por los accidentes que produce; pero la creemos como M. Cruveilhier, distinta del tejido encefaloides: 1.° por la falta de período de crudeza; 2.° por la falta de vasos, ó mas bien por una vascularizacion mucho menor; 3.° porque rara vez se ulcera.

De lo dicho resulta que vistos esteriormente, son grandes las diferencias que presentan el escirro y el encefaloides, de suerte que es muy fácil distinguirlos durante la vida, como en el cadáver, esceptuando el caso en que se halla

todavía el encefaloides en estado de crudeza. Muchos se fundan en esto para decir que ambas alteraciones son idénticas y solo constituyen grados distintos; al paso que otros, fundados en las diferencias, hacen de ellas enfermedades muy distintas. Esta última opinion no puede ser cierta, porque por una parte, cualquiera que sea la forma del cáncer: la constitucion histológica no varía, y por otra, clínicamente no podemos dejar de considerar el escirro y el encefaloides como dos alteraciones que, sobreviniendo bajo la influencia de una misma diátesis, provocan los mismos accidentes, y exigen los mismos medios terapéuticos.

¿Debemos colocar entre los cánceres esos botones, esas úlceras cutáneas descritas bajo el nombre de *cancroides* ó *tumores epiteliales*? Los micrógrafos no habiendo reconocido células con núcleo, sino una innumerable cantidad de células de epitelio, han hecho de ellos una enfermedad distinta del cáncer, no solo por su constitucion histológica, sino que tambien por su curso. Se ha dicho en efecto, que esos tumores estirpados no se producian sino en el mismo punto, no invadian los ganglios, ni se generalizaban en los demás tejidos como el cáncer. Estas proposiciones, generalmente verdaderas no son esclusivas, pues se citan hechos irrecusables de cancroides que han ganado los ganglios y se han generalizado. Por otra parte, el ver su marcha intensa, y su recidiva despues de la estirpacion, es difícil no colocarlos entre las afecciones cancerosas.

Tambien se ha tratado de separar del cáncer ciertos tumores llamados *fibroplásticos*, que no tienen mas elemento histológico que el que forma la base de los tegidos normales, de las induraciones flegmásicas, del carcinoma endurecido, de los ganglios hipertrofiados. No hay duda que se han tomado por escirros tumores homeomorfos; pero cuando un tumor semejante retoña despues de estirparlo, ya en el mismo punto ya en otro, cuando invade los ganglios, se generaliza en los tejidos, y los individuos mueren estenuados, ¿no debemos ver en él una manifestacion de la diátesis cancerosa, por mas que el microscopio revele elementos distintos de los que se descubren en los tumores malignos? Hé aquí lo que yo creo sin vacilar.

El cáncer nace en nuestros órganos. No es una transformacion de los tejidos, sino un producto nuevo que se desarrolla, se estiende, se reblandece frecuentemente y se ulcera. Estas alteraciones sobrevienen como en los tubérculos con independencia de todo trabajo inflamatorio. Propagándose destruye los tejidos, sin que ninguno se le resista. Sin embargo, los planos fibrosos, las arterias, y los cartílagos, son los que mas se oponen á su curso, en tanto que el tejido celular, los linfáticos y las venas al parecer lo propagan.

Síntomas.—Difícil es trazar en términos generales la historia sintomática del cáncer, que solo consideraremos ahora bajo el punto de vista puramente médico. Los síntomas locales de las enfermedades cancerosas, varian por una multitud de circunstancias y especialmente por el sitio que ocupan. Cuando sobreviene la alteracion en un órgano profundo, se observan al principio diversos trastornos funcionales que no son característicos, y que muchas veces dependen menos de la naturaleza de la enfermedad que del obstáculo y compresion que ejerce un tumor preternatural sobre el órgano enfermo ó sobre otro inmediato; esto es lo que se observa principalmente en el cáncer del cerebro, de la médula y de los pulmones. Muchas veces el cáncer, ora en su principio, ora despues

de haber adquirido cierto volúmen; pero sin haber producido todavía ningun trastorno funcional, se revela de pronto por un accidente preternatural que llama la atencion del médico. Tales son las hemorragias abundantes que aparecen como primer síntoma, como síntoma indicante en los cánceres de los órganos profundos, que comunican mas ó menos directamente con lo esterior; como sucede en los cánceres del estómago, de los intestinos, del útero, de los riñones y aun de los pulmones. Estas hemorragias en un período poco avanzado del cáncer, y antes de ulcerarse, son difíciles de esplicar, pues no se pueden atribuir, como las de un período mas avanzado á la erosion de un vaso, porque todavía no hay ninguna solucion de continuidad. Es pues, indudable que se verifican por exhalacion, no tanto en el punto alterado, como en la porcion sana de la víscera. No pueden esplicarse estos flujos por un entorpecimiento en la circulacion, porque comunmente es muy pequeña la produccion morbosa, y tiene su residencia en un punto en que no puede ejercer compresion. En tal caso es preciso admitir que el cáncer ejerce sobre el órgano una accion oculta, que modifica y pervierte su vitalidad, haciéndole exhalar sangre. Las hemorragias son sin embargo un síntoma que pertenece generalmente á un período mas avanzado del cáncer, es decir, cuando se reblandece el producto morboso, y principalmente cuando se ulcera. Pueden observarse en los escirros; pero son mucho mas comunes, y sobre todo mas abundantes mas rebeldes, y están espuestas á mas frecuentes recidivas en los encefaloides, lo cual se esplica por la gran cantidad de arterias que contienen estas últimas producciones morbosas.

El cáncer escita comunmente dolores intensos, lancinantes, taladrantes, por lo regular continuos, pero con exacerbaciones irregulares; por su violencia y continuidad pueden conmover fuertemente el sistema nervioso, y escitar delirio, convulsiones, ó bien agotar las fuerzas y acelerar asi mucho el término fatal de la enfermedad. Con todo, los dolores solo adquieren esta violencia en un período avanzado, cuando el cáncer se reblandece y ulcera, pues al principio de la afeccion, son generalmente poco intensos y á veces nulos. No debe sin embargo considerarse el dolor, y especialmente el dolor lancinante, como un síntoma constante del cáncer, sino únicamente como un accidente frecuente, pues hay individuos que mueren con todos los síntomas de la caquexia cancerosa, sin haber sentido jamás un dolor notable. Esta falta de dolor, ó á lo menos de dolor fuerte, se observa principalmente en el cáncer de los pulmones, del hígado, de los riñones y del estómago, pero es muy rara en el cáncer uterino. No es posible esplicar por ningun carácter de organizacion, los dolores del cáncer, ni las anomalías y diferencias que presenta este síntoma en los diversos sugetos. Conviene sin embargo advertir, que no todos los dolores que se observan en los cánceres, residen en el mismo punto; asi es que unos, que son los mas comunes dependen directamente del cáncer, tienen su asiento bien manifiestamente en el órgano afecto, y no pueden esplicarse satisfactoriamente: otros resultan de la compresion ó tirantez que produce el tumor canceroso en los filamentos nerviosos que lo rodean; y estos se diferencian de los primeros en que se irradian á lo lejos siguiendo generalmente el trayecto conocido de un nervio.

Cuando el cáncer no ocupa un órgano importante, puede adquirir un volúmen considerable sin alterar notablemente la nutricion; sin embargo, estos hechos son bastante raros, y ademas siempre cesa esta especie de estado laten-

te cuando llega el tumor al período de reblandecimiento, y principalmente al de ulceracion. Fuera de estos casos escepcionales, puede decirse que el cáncer es una de las producciones morbosas que influyen mas pronto y de una manera mas grave en la constitucion : asi es que los enfermos enflaquecen y pierden las fuerzas, y adquieren poco á poco un color amarillo de paja, circunscrito primero á la cara, pero que luego se estiende á toda la superficie del cuerpo; color que se hace mas manifiesto y se generaliza cuando se reblandecen y ulceran las masas cancerosas. En este período hace rápidos progresos el marasmo y se desarreglan las digestiones, y á este conjunto de síntomas es á lo que se da el nambre de *caquexia cancerosa*. Llegada la enfermedad á este período, no retrocede ya y hace continuos progresos ; la estirpacion del cáncer en semejantes condiciones apresura mas bien sus progresos provocando la aparicion de degeneraciones cancerosas en otros órganos. Los miembros se infiltran, el enflaquecimiento es estremado; á veces adquieren los huesos una fragilidad escesiva por efecto de la reabsorcion de la materia orgánica, en tales términos, que algunos de los infelices enfermos se fracturan los huesos con solo moverse en la cama. A pesar de estos desórdenes, suele no haber calentura; algunos, sin embargo, ofrecen en el último período un movimiento febril que generalmente es sintomático de alguna complicacion inflamatoria; pero que, en varios casos, parece depender únicamente de la accion deletérea que ejerce sobre la economía la absorcion de la materia cancerosa. Sea como quiera, la fiebre en este caso es, como dice M. Recamier, un indicio de que se aproxima la muerte, por mucho vigor y energía que parezca haber conservado el enfermo hasta entonces.

Era muy conveniente averiguar qué alteracion sufria la sangre en una enfermedad que tan funesta influencia ejerce sobre la nutricion , y Andral ha procurado ilustrar este punto. De sus investigaciones resulta, que la proporcion de fibrina solo aumenta cuando la materia escirrosa ó encefaloides se aproxima ó ha llegado ya al período de reblandecimiento ó de destruccion. Sin embargo, si por el punto en que reside compromete el cáncer las funciones de un órgano que sirve para reparar la sangre, como el estómago, por ejemplo, puede ser menor entonces la porcion de fibrina. Respecto de los glóbulos solo he observado esa disminucion progresiva que se nota siempre que el organismo se halla bajo la influencia de una causa cualquiera de aniquilamiento. La sangre tiene principalmente mucha escasez de glóbulos en los cánceres que producen hemorragias abundantes ó repetidas, y tambien en los cánceres del estómago que dificultan ó imposibilitan la reparacion. En el cáncer no se verifica la disminucion de glóbulos desde el principio de la afeccion, como vemos que sucede en los tubérculos ; no sobreviene hasta mas adelante, de una manera enteramente accidental y por efecto de las causas que acabo de indicar. Habiendo procurado descubrir MM. Andral y Gabarret, si la sangre contiene algun producto heterogéneo en la época en que es bien marcada la caquexia cancerosa, han visto con el microscopio una gran cantidad de glóbulos de pus perfectamente caracterizados, y al lado de estos glóbulos, otros cuerpos de un aspecto particular que M. Andral no ha encontrado en la sangre en ninguna otra circunstancia ; eran unas laminillas elípticas, mayores que los glóbulos de pus, y de forma mucho mas regular que la de las simples chapas albuminosas. Estas laminillas no existen únicamente en la sangre contenida en el ventrículo derecho, sino que se encuentran

tambien en gran número en el líquido icoroso recogido en lo interior de las masas cancerosas; de suerte que M. Andral sospecha si serán estas laminillas la forma bajo que se nos presenta la materia cancerosa reblandecida, ó la especie de icor que se saca de ella. Punto es este que requiere nuevas investigaciones. Como sea, es evidente que la sangre está alterada, y esta alteracion puede esplicar el desarrollo de los cánceres secundarios. Verdad es que estos pueden formarse á consecuencia de la causa desconocida que ha producido el primer cáncer; pero parece tambien constante que el detritus de este, absorbido por los vasos, puede ir á reproducir á lo lejos tumores de la misma naturaleza. Este es un punto de doctrina admitido por Vogel, y en su apoyo puede citarse este hecho notable de Langenbeck, el cual, habiendo introducido en los vasos sanguíneos de un perro células cancerosas aun calientes, vió desenvolverse en los pulmones del animal tumores de la misma naturaleza.

Curso, duracion y terminaciones.—El cáncer tiene un curso progresivo: durante el período de induracion puede permanecer estacionario mucho tiempo; pero una vez reblandecido y mas si está ulcerado, sigue siempre un curso ascendente. Casi siempre empieza por un punto circunscrito, y algunas veces simultáneamente en una grande estension, y siempre tiene tendencia á propagarse á las partes inmediatas que se las asimila. Abernethy pretendia que la estension del mal por continuidad era propia del escirro, al paso que el encefaloides rechazaba mas bien las partes inmediatas en vez de convertirlas en propia sustancia, idea que sin ser enteramente errónea, es por lo menos muy exagerada. Pero el cáncer no se propaga solamente por continuidad, sino que se estiende tambien á órganos distantes por medio de la circulacion linfática: os ganglios que reciben vasos blancos procedentes de la parte enferma, se infartan y esperimentan bien pronto la transformacion escirrosa ó encefaloides; mas adelante se propaga la alteracion á otros ganglios mas profundos; y por último bajo la influencia de esta infeccion que se verifica por el sistema linfático y por las venas, que, como hemos dicho, pueden ser penetradas por la materia cancerosa, y bajo la influencia tambien de la diátesis, causa primitiva de la afeccion, se forman alteraciones análogas en muchos órganos, especialmente en los parenquimatosos, como los pulmones y el hígado.

La duracion del cáncer es indeterminada; hay algunos que recorren todos sus períodos en dos ó tres meses; otros duran gran número de años, pero la mayor parte terminan al cabo de nueve, doce ó quince meses. La muerte parece ser la terminacion casi constante de la enfermedad; sin embargo, se citan algunos casos de resolucion de infartos escirrosos, y M. Recamier cita dos observados por M. Dumeril; pero tales casos no son incontestables, pues se recogieron en una época en que habia menos precision que hoy en el diagnóstico de los tumores cancerosos. El cáncer, no obstante, puede permanecer estacionario mucho tiempo y aun retrogradar: á veces se endurece el órgano, se encoge, se atrofia y permanece muchos años en este estado. Pero obsérvese que en tales casos no ha dejado de existir la enfermedad, sino que únicamente ha variado de forma. A veces tambien se nota que de pronto se gangrena el tumor canceroso y es eliminado; pero pocas veces se mortifica toda la masa, y, en los casos raros en que sucede esto, no tarda en reproducirse el mal. La gangrena puede considerarse mas bien como un accidente que apresura el término fatal, que como un

medio de curacion espontánea de la enfermedad. Increible parece que puedan cicatrizarse las úlceras carcinomatosas : sin embargo, se observa algunas veces; pero sin que se mejore el estado constitucional, ni se destruya la afeccion local, porque formándose la cicatriz sobre la misma materia encefaloides, no tarda en destruirse.

Diagnóstico.—El diagnóstico del cáncer es con frecuencia difícil. Si el mal es accesible á la vista y al tacto, puede fácilmente confundirse con una flegmasia crónica, con abcesos, tumores y producciones diversas. Si es profundo, si solo se revela por trastornos funcionales, que generalmente nada tienen de característico, es aun mayor la dificultad. En estos casos muy oscuros, se atenderá á edad de los individuos, y á su predisposicion hereditaria al cáncer, al órgano que se halla atacado, á la influencia del tratamiento, al estado constitucional del sugeto, y por último, á la existencia en un punto de la economía, de un cáncer bien caracterizado, ó á la existencia anterior de un cáncer estirpado ó destruido. Tales son los elementos principales que en union con los disturbios de las funciones permitirán reconocer un cáncer mas ó menos profundamente colocado.

El cáncer, como hemos dicho, siendo accesible á la vista y al tacto, puede remedar otras varias enfermedades. Un encefaloides ha sido con frecuencia tomado por un abceso ó por un quiste seroso ó hidático. Sin embargo, el abceso se distingue del encefaloides por un reblandecimiento mas uniforme y mas completo, por un curso en general mas rápido, por dolores menos atroces, por un marasmo menos marcado. Este último signo ha tenido siempre mucho valor, especialmente para distinguir el encefaloides de un quiste que por su volúmen y su influencia, no afecta mucho la constitucion, al paso que el cáncer, cualquiera que sea el punto en que reside, conmueve el organismo y se anuncia muy pronto con un marasmo manifiesto. Por último, en estos casos oscuros, una puncion esploratoria se hace necesaria para ilustrar debidamente el diagnóstico.

El escirro, especialmente por su dureza y los dolores que le acompañan, puede fácilmente simular una induracion inflamatoria; pero esta queda en general circunscrita, ó bien solo progresa lentamente, en tanto que el cáncer sigue una marcha siempre inversa. La primera es una afeccion casi local, á no ser que afecte un órgano esencial, en tanto que el segundo influye en la constitucion cualquiera que sea él punto del cuerpo en que tenga sus raices. Este produce con prontitud el infarto de los ganglios vecinos que se endurecen y vuelven inmóviles, y la flegmasia crónica no produce el mismo efecto, ó al menos solo determina un infarto ganglional que no puede compararse al precedente. Los resultados del tratamiento esclarecen tambien el diagnóstico, pues el cáncer, hágase lo que se quiera, es muy poco susceptible de resolucion, al paso que los antiflogísticos y los fundentes, resuelven los infartos inflamatorios. Las induraciones que proceden de inflamacion venérea, son las que mas fácilmente remedan un escirro, como se ve en los testículos, las amigdalas, el recto, etc. El tratamiento específico es frecuentemente el único capaz de revelar la verdadera naturaleza del mal. En fin, si es posible examinar anatómicamente los dos tumores, se hallarán en la inflamacion los elementos anatómicos modificados en su nutricion, pero sin embargo, susceptibles aun de reconocerse, al paso que en el cáncer han desaparecido, y se distinguen ademas, con el auxilio del mi-

croscopio, las células y núcleos que consideran muchos como característicos.

Pronóstico.—Inútil es, despues de lo que acabamos de decir, insistir en probar la gravedad del cáncer. Hasta se ha dicho que la incurabilidad era uno de sus caracteres, y que estirpado, retoñaba fatalmente despues de mas ó menos tiempo. Tal vez eso que sucede en la mayor parte de casos, se ha generalizado demasiado. La ciencia consigna ejemplos irrecusables de cánceres estirpados que no han retoñado ni en su primitivo punto, ni en ningun otro; pero confesamos que esos ejemplos son raros.

Etiología.—El cáncer es una afeccion que no respeta edad ninguna; en los niños muy pequeños es muy comun el encefaloides, y generalmente siempre ataca al ojo; pero el máximum de frecuencia se observa en la edad adulta y en la primera vejez. No está demostrado, como suponen algunos, que sean mas comunes las afecciones cancerosas en las mujeres que en los hombres; porque si en las primeras son muy frecuentes los cánceres uterinos y mamarios, tenemos en el hombre los de los testículos, y ademas los del estómago y de la cara que se observan con mas frecuencia en ellos que en las mujeres. Todos los órganos no se hallan igualmente predispuestos al cáncer. Resulta de una estadística de M. Marc de Espine, reproducida por M. Lebert en su obra, que en Ginebra los órganos mas dispuestos al cáncer, pues comprenden las cinco sestas partes, son el tubo digestivo y sus dependencias, y los órganos genitales de la mujer, comprendiendo en ellos las mamas. Nos es desconocida la influencia que ejercen las constituciones, los temperamentos, las profesiones y las diversas condiciones higiénicas; todo lo que se ha escrito relativamente á esto, permanece todavía sin probarse: únicamente se sabe de cierto que las afecciones morales deprimentes y las pasiones tristes, influyen de un modo notable. Contra la opinion de Bayle y de Cayol creemos demostrada la transmision hereditaria del cáncer: M. Leroy d' Etiolles opina que existe en la décima parte de casos, M. Lebert en la séptima.

Casi siempre se forma el cáncer lenta y espontáneamente, sin la accion manifiesta de ninguna causa escitante; hay casos sin embargo en que se declara la alteracion á consecuencia de una violencia esterior; pero esta no debe considerarse sino como una causa accesoria que solo ha podido obrar sobre el individuo porque préviamente existia en él una disposicion hereditaria desconocida en su esencia, una diátesis especial. Esto esplica por qué el cáncer se forma casi siempre sin la intervencion de ninguna causa; porque con frecuencia se desarrolla simultánea ó sucesivamente en muchos órganos de la economía distantes unos de otros; porque casi siempre se reproduce cuando se estirpa, y porque jamás se consigue, por mas que se haga, reproducir la alteracion, si el individuo no lleva en sí mismo el gérmen de la enfermedad, ó á lo menos la predisposicion. El cáncer no es contagioso.

No hay ningun antagonismo entre los tubérculos y el cáncer. De cien veces M. Lebert ha visto ocho desenvolverse la tuberculizacion en los cancerosos.

Terapéutica.—Convencidos de la impotencia del arte para curar el cáncer, no enumeraremos todos los medios que se han recomendado contra él, porque semejante enumeracion, como dice M. Littré, seria una especie de impostura capaz de hacer creer que la medicina puede escoger sus remedios, siendo asi que en realidad solo ofrece débiles y engañosos recursos. Dejemos pues á un

lado la cicuta, la belladona, el acónito, la digital, el opio, el hierro, el iodo, el arsénico, los mercuriales, las sales de cobre y de barita, el alumbre, la creosota y otros muchos. Entre los medios esternos que mas se han recomendado se cuenta la compresion empleada con mucha frecuencia por M. Recamier; pero en el dia desgraciadamente está reconocida su ineficacia. Nada diremos de las pomadas fundentes de los revulsivos y antiflogísticos, medios que son mas perjudiciales que útiles, y cuya eficacia no admite ya ningun práctico esperimentado. Los que creen todavía posible y útil la intervencion del arte, quieren que se destruya el cáncer por medio de los cáusticos ó que se estirpe con el instrumento cortante. Espondremos nuestra opinion acerca de estos métodos al tratar del cáncer del útero, que es el único á que pueden aplicarse entre los que están bajo el dominio de la patologia médica.

Casi siempre es puramente paliativo el tratamiento del cáncer. Se colocará á los enfermos en buenas condiciones higiénicas, se mantendrá el órgano enfermo en el mayor reposo posible, se le pondrá á cubierto de toda violencia esterior, y se calmarán los dolores con el opio administrado interiormente y en forma de tópico. Si está ulcerado el cáncer, se emplearán los tónicos ó los emolientes segun el estado de las superficies; se corregirá el mal olor por medio de lociones cloruradas; por último, se combatirán las hemorragias á beneficio de la nieve, de los astringentes, de la compresion y de la cauterizacion.

Naturaleza.—De lo dicho resulta que el cáncer es un producto morboso que puede formarse por la degeneracion de los órganos ó bien por el depósito de una materia particular en el centro de los tejidos, que luego los invade y destruye. Inútil es insistir mas en probar que la enfermedad no es ni una inflamacion, ni un resultado de este estado morboso: si en algunos casos se ve la lesion suceder á una causa traumática ó á una flegmasia, justo es convenir en que esto no sucede sino escepcionalmente. Aquí la inflamacion no crea el cáncer, sino que obra simplemente como causa ocasional, acarreando un trastorno en la nutricion. La inflamacion por sí sola no puede producir el cáncer, ni es posible hacer nacer voluntariamente esta degeneracion de los tejidos, sino que es necesario que exista de antemano una predisposicion especial. Añádase que el exámen anatómico escluye en el cáncer toda idea de inflamacion. En esta los tejidos ó elementos de los órganos se hallan mas ó menos alterados, pero es aun posible reconocerlos, al paso que en el cáncer los tejidos primitivos, no existen ya, y se encuentra en su lugar un producto accidental.

DEL CÁNCER DEL ENCÉFALO.

MM. Rostan, Lallemand, Bouillaud, Andral, Abercrombie y otros muchos autores contemporáneos, han publicado gran número de observaciones del cáncer del encéfalo, y M. Calmeil ha reunido la mayor parte de estos hechos y trazado una historia bastante completa de la enfermedad en el tomo XI del *Dictionnaire de médecine*. Este artículo nos ha servido mucho para la redaccion del nuestro, igualmente que las investigaciones de M. Andral quien, en el quinto tomo de su *Clinique*, ha dado algunos resultados fundados en el análisis de cuarenta y tres observaciones particulares.

Anatomia patológica.—Parece que no todas las partes del encéfalo están

igualmente dispuestas á la degeneracion cancerosa, pues de las investigaciones de M. Andral resulta, que es mucho mas frecuente la alteracion en los hemisferios que en los demás puntos. En efecto, en los cuarenta y tres casos analizados por este profesor, se encuentra que el cáncer existia treinta y una veces en los hemisferios cerebrales, cinco en el cerebelo, tres en la glándula pituitaria, una en el mesocéfalo y trés en la médula espinal. Varía mucho el volúmen de las masas cancerosas; hay casos en que un hemisferio entero está transformado en cáncer, y otros en que solo existe un pequeño tumor que apenas tiene el tamaño de una avellana. Tambien es muy variable el número de estos tumores: asi es que unas veces solo se encuentra uno, mientras que otras existen muchos diseminados en diversas partes del encéfalo. El cáncer del cerebro puede presentarse bajo la forma de escirro; otras veces es una sustancia coloides; pero en el mayor número de casos tiene todos los caracteres de la degeneracion encefaloidea. Estas masas cancerosas están algunas veces enquistadas ó simplemente engastadas en medio de la pulpa nerviosa, de la cual se pueden sacar fácilmente; en otros casos conserva la porcion alterada sus relaciones de continuidad con las partes que la rodean.

La sustancia nerviosa situada alrededor de las producciones cancerosas puede estar intacta; pero muchas veces está inyectada y endurecida y mas comunmente reblandecida. Si el tumor no dista de la superficie, se hallan aplastadas las circunvoluciones cerebrales correspondientes; cuando reside la alteracion en la superficie misma, pueden estar las membranas inflamadas, engrosadas ó cancerosas; esta degeneracion puede alterar tambien los huesos inmediatos y abrirse paso al esterior. Se han visto, dice M. Andral, cánceres intracranianos que han perforado la lámina cribosa del etmoides, penetrado en las fosas nasales, y ocupado los diferentes senos que comunican con estas cavidades. En un caso el cáncer desarrollado en la cara inferior del cerebro habia salido del cráneo enviando ramificaciones por en medio de los agujeros de su base. Los nervios situados á las inmediaciones de la alteracion se ven invadidos por ella, ó bien comprimidos y atrofiados, ó enteramente destruidos, siendo los tres primeros pares, el quinto y el octavo los que, segun M. Lebert, han sufrido frecuentemente estas alteraciones. Por último, si el tumor comprime uno de los reservorios de sangre venosa, se encuentra una infiltracion subaragnoidea considerable y un derrame intra-ventricular: lo mismo sucede, y sobreviene un verdadero hidrocéfalo, cuando el tumor está situado de manera que comprime el cuarto ventrículo ó el acueducto de Silvio. El cáncer del cerebro puede existir solo ó coincidir con producciones idénticas en otros diversos órganos, como sucedió en 10 casos de los 43 analizados por Andral; en todos ellos parece que se habia desarrollado el cáncer cerebral consecutivamente á otro esterior.

Síntomas y curso.—Casi es imposible fijar el momento en que empieza el cáncer del cerebro, porque cuando el tumor es poco voluminoso y se efectua su desarrollo por una especie de asimilacion lenta y gradual, como dice M. Calmeil, puede ser nulo ó poco menos el trastorno que resulta de su contacto con la sustancia cerebral. Asi es que muchas veces se encuentran en el cráneo tumores carcinomatosos que no han producido durante la vida ningun trastorno apreciable, ó bien solo han ocasionado síntomas ligeros, simples indisposicio-

nes que no han llamado la atencion de los enfermos. Generalmente los tumores cancerosos intra-cranianos solo producen trastornos funcionales algo notables cuando han adquirido cierto volúmen: los trastornos mas constantes y mas principales son, segun Calmeil, la cefalalgia y las lesiones de los movimientos de los sentidos y de las facultades intelectuales.

La cefalalgia es uno de los síntomas mas constantes, pues M. Calmeil la ha encontrado treinta y tres veces entre cuarenta casos. Esta cefalalgia puede ser circunscrita ó general, movible ó fija; pero en este último caso no siempre indica su sitio el de la lesion orgánica. Rara vez es contínua, y comunmente se reproduce por accesos que á veces ofrecen cierta periodicidad.

El dolor presenta en muchos casos todos los caracteres de la jaqueca; en algunos es sordo y contusivo; en otros intenso, atroz, arranca gritos al paciente y simula por su violencia y asiento un acceso de neuralgia; muchas veces se agrava con el calor, otras se calma; lo mismo sucede con la presion esterior que en unos casos le disminuye y en otros le exacerba. La fatiga, la insolacion, las emociones morales y los trabajos intelectuales, provocan las crísis que por lo general son tanto mas frecuentes cuanto mas antigua es la enfermedad; muchas veces las calman ó abrevian su duracion las emisiones sanguíneas. En algunos casos raros (una vez de cuarenta) está exaltada la sensibilidad general, y entonces no se puede tocar la piel de estos individuos sin dar orígen á las mas penosas sensaciones; otros se quejan de dolores intensos espontáneos en el tronco y en los miembros que parecen reumáticos ó neurálgicos.

El oido puede hallarse debilitado ó enteramente perdido; lo mismo sucede con la vista; algunos enfermos tienen diplopia con estrabismo ó sin él; otros padecen verdaderas alucinaciones de la vista; el olfato, y el gusto rara vez se pierden. En la décima parte de los sugetos hay parálisis del sentimiento y en las cinco sestas partes diversas parálisis del movimiento. La mitad tienen hemiplegia; los demás parálisis de todo el cuerpo. La parálisis es por lo regular incompleta, se verifica gradualmente ó bien de pronto con los síntomas ordinarios de una apoplegía ó bien despues de haber habido convulsiones. Estas lesiones de la sensibilidad y de la motilidad suelen presentar diferentes alternativas: asi es que disminuyen, cesan y vuelven á presentarse y á desaparecer tres, cuatro, cinco y seis veces antes de establecerse definitivamente.

Las convulsiones constituyen un síntoma muy frecuente y afectan diversas formas; comunmente se manifiestan con intervalos muy largos, simulando algunas veces accesos epilépticos. En algunos individuos se anuncian los ataques convulsivos por un gran dolor de cabeza con tendencia al sueño y por un conjunto de síntomas cerebrales sumamente graves que duran muchas horas y á veces muchos dias. En algunos casos son las convulsiones parciales y se limitan á un miembro ó solo á un lado de la cara. Algunos enfermos ofrecen una contractura permanente, otros, en corto número, tienen movimientos coréicos. Las convulsiones alternan muchas veces con la parálisis. M. Calmeil ha notado diversos trastornos de la inteligencia en la mitad de los enfermos; algunos tienen un delirio maniaco, pero la mayor parte pierden la memoria y el juicio, y se vuelven dementes.

En medio de tan grandes desórdenes pueden permanecer algun tiempo in-

tactas las funciones digestivas y la nutricion; pero mas ó menos pronto se debilitan los enfermos, se enflaquecen, y algunos son acometidos de vómitos; por último, al cabo de algunos meses ó de uno ó varios años de padecimientos, sucumben. Unos mueren gradualmente, otros perecen de repente en un acceso convulsivo; algunos por fin á consecuencia de una complicacion cerebral, ó de una enfermedad intercurrente que nada tiene que ver con el encéfalo. La muerte sobreviene siempre antes que sean bien manifiestos los síntomas de la caquexia cancerosa.

Diagnóstico.—Es muy difícil formar el diagnóstico de las afecciones cancerosas del encéfalo; porque los síntomas precedentes, aislados ó reunidos, no bastan para caracterizar con seguridad esta afeccion; sin embargo, con el auxilio de algunos conmemorativos, pueden hacerla sospechar. M. Calmeil dice, que siempre que seamos llamados para un sugeto de mucha edad que, sin presentar los síntomas de una encefalitis local aguda, de una hemorragia ó de un reblandecimiento reciente, se queja hace mucho tiempo de violentos dolores de cabeza y de debilidad en un lado del cuerpo, si tiene accesos de convulsiones epileptiformes, diversas lesiones de los sentidos y trastornos de la inteligencia, sin que habitualmente esté alterada la salud general, podrá sospecharse la existencia de un tumor intra-craniano de naturaleza cancerosa. Menos dudas tendremos si el enfermo presenta en alguna parte del cuerpo una úlcera ó un tumor canceroso, ó si se le ha operado hace poco á causa de esta afeccion. Repetimos aquí lo que hemos dicho diferentes veces, que no es posible determinar por el sitio y estension de la parálisis y de las convulsiones, cuál es el punto del encéfalo afectado de cáncer; ademas, una lesion muy circunscrita puede producir trastornos generales. Cuando el tumor ocasiona una parálisis ó convulsiones parciales, siempre son cruzados sus efectos. Es casi inútil decir, que no hay medio alguno de distinguir el cáncer, desenvuelto primitivamente en el encéfalo, de los tumores cancerosos, fibroplásticos, etc., confundidos bajo el nombre comun de fungus de la dura madre.

Pronóstico.—Inútil es decir que la afeccion es esencialmente incurable.

Causas.—Entre los 43 casos analizados por M. Andral, solo hay dos en que ha parecido consecutiva la enfermedad á una causa traumática; pero es preciso admitir que entonces ha debido existir préviamente una predisposicion especial sin la cual no hubieran producido ningun efecto las causas ocasionales. No es cierto que el cáncer sea algunas veces efecto de la inflamacion, á pesar de que M. Calmeil sostiene lo contrario, pero apoyado en raciocinios y no en hechos. El cáncer cerebral puede manifestarse en todos los períodos de la vida; pero de las investigaciones estadísticas de M. Andral resulta, que es mas comun despues de los cuarenta años. No se conoce la influencia que ejerce el sexo; asi como tampoco se sabe cuáles son las causas especiales que determinan la accion de la diátesis cancerosa, mas bien sobre el encéfalo que sobre cualquier otro órgano.

Tratamiento.—El tratamiento es únicamente paliativo. Conviene prescribir al enfermo un régimen suave, una vida tranquila y la abstinencia de bebidas estimulantes; se mantendrá el vientre libre, se producirá una revulsion permanente hácia la base del cráneo á beneficio de un exutorio profundo (fuente, moxa ó sedal). Si los dolores son violentos, se administrará el opio ó se pondrán

algunas sanguijuelas detrás de las orejas; y si el pulso es fuerte se hará una sangría. Las emisiones sanguíneas están generalmente indicadas durante los accesos convulsivos, porque estos dependen muchas veces de una congestion ó de un reblandecimiento que se forma alrededor del producto morboso. Sin embargo no deben hacerse evacuaciones sino en tanto que el enfermo conserve suficientes fuerzas para soportarlas.

DEL CÁNCER DE LA MÉDULA.

El cáncer afecta con mucha menos frecuencia la médula que el cerebro. La alteracion empieza mas rara vez por el centro nervioso, que por las membranas que lo cubren y por el tejido celular. El encefaloides es entre todas las formas del cáncer la mas comun.

El principio de la enfermedad es oscuro. Los enfermos esperimentan ordinariamente un dolor al nivel de la alteracion, y los movimientos se van debilitando sucesivamente en las partes inferiores. Hay paraplegia y todos los accidentes que hemos enumerado hablando del reblandecimiento de la médula. La estension de la parálisis varía en ambos casos segun la altura en que existe la alteracion.

El tumor canceroso, propagándose á los huesos, puede manifestarse esteriormente y ulcerar el tegumento, siendo solo en este último caso posible el diagnóstico de la enfermedad. Pero cuando la alteracion queda encerrada en el canal vertebral, nos parece casi imposible reconocerla y distinguirla de un reblandecimiento. La existencia de un cáncer anterior ó una predisposicion hereditaria, y algunos signos de caquexia, podrian muy bien fijar la atencion sobre el particular, pero sin permitir nunca mas que presunciones.

DEL CÁNCER DE LOS PULMONES Y DE LAS PLEURAS.

Apenas era conocido el cáncer del pulmon antes de Bayle, que fue el primero que le describió y formó de él su sesta especie de tisis pulmonal, pero hasta estos últimos años no ha sido estudiado con toda estension por algunos médicos estranjeros: debemos citar en primer término á los doctores Heyfelder, Cowan, Stokes, Hughes, Taylor y Walshe, que en un escelente manual, que ya hemos tenido ocasion de citar, ha trazado perfectamente el diagnóstico diferencial de esta afeccion.

Anatomía patológica.—El encefaloides es la produccion cancerosa que mas comunmente se desarrolla en los pulmones, y puede ocupar una grande estension, como, por ejemplo, un lóbulo entero. Sin embargo, regularmente se encuentran mas ó menos masas redondeadas, situadas casi siempre debajo de la pleura, y cuyo volúmen varía desde el de una avellana hasta el de una naranja. Estas masas, que algunas veces están limitadas á un solo pulmon, invaden comunmente ambos á la vez. Por último, en algunos casos se desarrolla el cáncer fuera del pulmon, y no hace mas que comprimirle y empujarle á la manera de los derrames pleuríticos. Se han visto algunas veces vegetaciones fungosas, encefaloides, formadas encima de la pleura, que llenaban toda su cavidad y empujaban el pulmon hácia la columna vertebral: en otros casos, aunque

mas raros, se han visto tumores sólidos desarrollados fuera del pulmon, es decir, en la cavidad misma de las pléuras, ó bien entre estas membranas y los pulmones ó las costillas, que han adquirido un volúmen enorme (por ejemplo el de la cabeza de un adulto), en términos de dilatar la pared torácica y rechazar hácia abajo el diafragma (1). El cáncer pulmonal coexiste comunmente con algun otro esterior, y casi siempre es consecutivo á este.

Síntomas y curso.—Cuando está diseminado el cáncer bajo la forma de pequeños tumores, no es posible formar su diagnóstico, y en el mayor número de casos es enteramente latente. Pero cuando existe en masas y ha adquirido un gran desarrollo, tienen los enfermos disnea, opresion y tos; algunos arrojan esputos que Stokes y Hughes comparan á la gelatina de grosella, muchos tienen abundantes hemoptisis; se percibe un sonido macizo completo en una estension mas ó menos considerable del tórax con falta absoluta del ruido respiratorio ó con el soplo tubario y broncofonía, con tal que no esten obliterados los tubos bronquiales. Finalmente cuando el tumor ha adquirido un gran desarrollo se observan diversos fenómenos de compresion del esófago, de los bronquios ó la vena cava. El bazo ó el hígado están dislocados, y el lado correspondiente del tórax y el hipocondrio, dilatado. A estos fenómenos se agregan bien pronto el enflaquecimiento progresivo, la diarrea colicuativa, y todos los signos de la caquexia cancerosa.

De lo dicho resulta que no hay signo alguno que indique con seguridad la existencia de un cáncer pulmonal; sin embargo, diremos con Hughes que, si existen signos de solidificacion estensa del pulmon, especialmente en su vértice, sin conmemorativos de pulmonía y sin fenómenos de reblandecimiento de tubérculos, si el enfermo ha tenido hemoptisis, si el conjunto de síntomas generales y el curso de la afeccion difieren de los de la degeneracion tuberculosa, si los esputos se asemejan á la gelatina de grosella, si están distendidas las venas del brazo y de la mitad correspondiente del cuello, del pecho y del abdómen, ó si se advierte edema en estas partes, indicio de un obstáculo á la circulacion venosa, podrá *sospecharse* la existencia de un cáncer de los pulmones; y estas sospechas serán aun mas fundadas, si existen ya en otras partes del cuerpo tumores de la misma naturaleza. Los fenómenos precedentes es verdad que no indican la existencia de un cáncer, sino solamente de un tumor que comprime los vasos; pero en semejante caso solo puede dudarse entre un aneurisma de la aorta y un tumor sólido. La idea de aneurisma tiene que desecharse por falta de los signos propios de esta afeccion, y conducidos entonces por via de esclusion á admitir la existencia de un tumor sólido, deberá suponerse que sea de naturaleza cancerosa, porque esta especie de tumor es casi la única que se desarrolla en la pleura. No hay signo alguno algo seguro para poder distinguir las producciones encefaloides de la pleura de un derrame pleurítico; y en tal caso pudiéramos atenernos á los signos distintivos indicados por Walshe, catedrático en Londres. Estos signos son la falta constante de fluctuacion intercostal, la resistencia á la percusion, la intensidad del soplo tubario y de la broncofonía, la estension considerable en que se perciben estos fenómenos, la falta de toda egofonia, la transmision de las palpitaciones del corazon, á veces

(1) Puede consultarse con fruto una interesante tesis de M. Enrique Gintrec, *Sur les tumeurs solides intra-thoraciques* (1845, núm. 15).

la existencia de pulsaciones particulares, y los signos de compresion anteriormente indicados. Pero entre todos estos signos merecen particular atencion los siguientes: 1.° La percusion da un sonido macizo sumamente resistente. 2.° Por mucha que sea la fuerza con que se percuta, no se puede percibir la sensacion de ninguna elasticidad profunda. 3.° Este sonido macizo es permanente, y no varía de sitio aunque se den distintas posiciones al tronco. 4.° Finalmente hay los signos de caquexia que no se encuentran en una pleuresía simple.

DEL CÁNCER DEL ESÓFAGO.

A veces se observa la degeneracion cancerosa en el esófago; pero este órgano está menos espuesto que el estómago y los intestinos á esta especie de alteracion: solo se encuentran en él el escirro ó el encefaloides. La alteracion no ocupa probablemente nunca la mucosa sola, como sucede algunas veces en el estómago, sino que siempre son los tejidos subyacentes el sitio especial y á veces único de la degeneracion morbosa. Generalmente solo invade el cáncer este órgano en la estension de tres ó cuatro pulgadas atacando á veces un solo lado, pero por lo comun todo el contorno del órgano, y las dos estremidades del conducto, son los puntos mas frecuentemente acometidos. El esófago está siempre estrechado, y algunas veces completamente obliterado al nivel de la degeneracion cancerosa. La porcion del órgano situada por encima de la alteracion, está dilatada, al paso que la que se halla debajo, se encuentra contraida: sin embargo, no son constantes estos cambios de dimensiones del esófago. Cuando el cáncer está reblandecido y ulcerado, pueden encontrarse comunicaciones anormales entre el esófago y los órganos inmediatos, particularmente la tráquea, los bronquios, los pulmones y el tejido celular de los mediastinos. Los ganglios bronquiales y cervicales se hallan frecuentemente infartados, voluminosos y transformados en escirro ó en encefaloides.

Síntomas y curso.—Como el efecto constante del cáncer es estrechar el esófago, se observan todos los trastornos locales que hemos descrito al hablar de esta enfermedad; pero ademas debemos decir, que cuando depende la estrechez de una produccion cancerosa, hay marasmo desde el principio, aun antes que sea muy considerable el grado de disfagia. Ademas, las mucosidades viscosas segregadas constantemente en la superficie de las partes enfermas, no pueden arrojarse sino á costa de muchos esfuerzos, lo cual ocasiona dolores y una ansiedad que no se observa en las estrecheces no cancerosas, ora sean producidas por una esofagitis crónica, ora por la compresion de un tumor esterior. Estas mucosidades son al principio blancas y enteramente albuminosas; pero en un período avanzado de la enfermedad se encuentran mezcladas con sangre, con pus, y á veces con detritus cancerosos. Al pricipio son inodoras, pero luego pueden adquirir un olor fétido. No haremos mencion de los dolores lancinantes que faltan comunmente, pues la mayor parte de los enfermos solo se quejan de un dolor sordo en el dorso ó detrás del esternon, que se exacerba por el paso de los alimentos, por los eruptos y por cualquier esfuerzo. Algunos tienen una sensacion de calor, de quemadura, pero rara vez verdaderos dolores lancinantes. Una vez hemos visto que los dolores producidos por un cáncer de la parte media del esófago se irradiaban desde la columna vertebral á todo el lado dere-

cho del pecho, siguiendo el trayecto de los nervios intercostales. Cuando á consecuencia de los progresos de la enfermedad se establece una comunicacion con la tráquea, resulta una tos convulsiva con ataques de sofocacion cuantas veces los enfermos tragan un líquido.

La muerte es la terminacion constante de la enfermedad, y llega por término medio á los trece meses, ya por los progresos de la caquexia cancerosa, ya por alguna complicacion, ya, en fin, por la estension de la enfermedad y comunicacion que se establece entre el exófago y algunos órganos vecinos, particularmente entre los pulmones y la cavidad de la pléura, etc.

El tratamiento debe ser enteramente paliativo. Puede aconsejarse la dilatacion solamente al principio; pero seria imprudente practicarla cuando está el cáncer reblandecido, porque entonces es muy fácil que se verifiquen perforaciones y sobrevengan accidentes rápidamente mortales.

Se procurará ademas prolongar la vida con lavativas de caldo bien desustanciado y sin sal, para no escitar las cámaras. Pero por precauciones que se tomen, este recurso es precario.

DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

El estómago es uno de los órganos de la economía en que mas á menudo se observa la degeneracion escirrosa ó cancerosa. En el hombre, es la víscera que mas frecuentemente la padece, y en la mujer, debe colocarse inmediatamente despues del útero y de la glándula mamaria, ó tal vez á su lado (1).

El cáncer del estómago apenas fue conocido de los antiguos, y las primeras descripciones que tenemos de él son de principios del siglo XVI Posteriormente han publicado muchos autores algunas observaciones acerca de esta grave enfermedad; pero Morgagni es el que ha reunido y publicado los hechos mas completos en varias de sus cartas, particularmente en las 29ª, 30ª y 35ª, etc. Los trabajos de la Escuela de París han perfeccionado mucho de cuarenta años á esta parte, la historia del cáncer de estómago bajo el punto de vista anatómico y sintomático. Merecen particular atencion la monografía de Chardel, obra que no carece de mérito; las investigaciones de Bayle y Cayol, insertas en el gran *Dictionnaire des Sciences médicales*; las de M. Louis publicadas en la coleccion de sus memorias, las de M. Andral, cuyas ideas están espuestas en su *Clinique* y en su *Anatomie pathologique* y el tratado de Prus, publicado en 1828.

Anatomía patológica.—Pueden encontrarse en el estómago todas las formas de la afeccion cancerosa. Dicho órgano puede estar invadido en su totalidad, pero mas comunmente está limitada la alteracion á una parte de la víscera. Las regiones que mas comunmente se encuentran afectadas son, por su órden de frecuencia, el píloro, la pequeña corvadura, la porcion inmediata al cárdias, la gran corvadura, las caras anterior y posterior, y finalmente, la region esplénica. La degeneracion invade por lo comun todo el grueso de la pared estomacal

(1) M. Tanchon dice que de 9,118 cánceres, de los cuales 3,425 eran viscerales, habia 2,205 que pertenecian al estómago, de lo que resulta que este suministra próximamente una cuarta parte del número total de cánceres y dos terceras partes de los cánceres viscerales. (*Journal* de Malgaigne, 1843.) Sin embargo, esta estadística no es tal vez rigurosa

ó á lo menos muchos de sus elementos anatómicos; sin embargo, en algunos casos puede no ocupar la alteracion mas que uno de sus tejidos. Asi es que algunas veces solo se encuentra afectada la mucosa, en cuyo caso se presenta la cara interna del estómago erizada de vegetaciones fungosas, azuladas ó rojizas, quebradizas, unas de base ancha, y otras pediculadas; su volúmen varía desde el de la cabeza de un alfiler hasta el de una nuez; puede haber muchas, pero otras veces solo se encuentra una, en cuyo caso puede formarse en el conducto pilórico ó en los bordes mismos de la válvula, y producir todos los accidentes que ocasionan las estrecheces orgánicas de esta porcion del estómago. Lo mas notable es que la membrana mucosa, al nivel mismo de la vegetacion haya conservado su grueso y consistencia, como lo he observado casi constantemente.

Tampoco es raro que se afecte aisladamente el tejido celular sub-mocoso y el que separa las fibras de la túnica muscular. Al principio puede estar simplemente hipertrofiado el tejido celular, pero al cabo de mas ó menos tiempo se hace el sitio de una nueva transformacion, y presenta entonces todos los caracteres del escirro. Tiene entonces de tres á ocho líneas de grueso, y es blanco, ceniciento ó amarillo, duro y quebradizo. La túnica muscular puede estar intacta y conservar su aspecto; pero algunas veces no se encuentra vestigio de ella, ora sea que haya participado de la degeneracion, ora esté simplemente atrofiada. Sin embargo, en el mayor número de casos es por el contrario mas visible la túnica muscular, y está manifiestamente hipertrofiada, pudiendo adquirir mas de una pulgada de grueso. M. Louis es el primero que ha hecho mencion y descrito perfectamente esta lesion. La hipertrofia de que hablo se estiende en general mas allá del cáncer, lo que hasta cierto punto se esplica por la retencion de las materias alimenticias y los esfuerzos que su espulsion requiere. Cuando están afectadas simultáneamente las túnicas celular y muscular, ha adquirido un grueso estraordinario la pared correspondiente del estómago, cuando se divide, se percibe sucesivamente, segun ha indicado M. Louis, un color blanco agrisado, despues blanco lechoso, luego azulado con un reflejo brillante y semi-transparente, y por último blanco lechoso. Estos diversos colores corresponden á otros tantos tejidos, á saber: á la membrana mucosa, al tejido celular sub-mucoso, á la túnica muscular, y al tejido celular interpuesto entre ella y el peritoneo, como puede verse haciendo una diseccion minuciosa. La túnica muscular, que tan notable es en este caso por su color y grueso, se encuentra atravesada por tabiques celulares que se continúan con el tejido sub-peritoneal. La membrana mucosa, ulcerada generalmente el nivel del cáncer, puede sin embargo no presentar ninguna solucion de continuidad; pero se engruesa considerablemente, y es cenicienta, adherida al tejido sub-mucoso, algunas veces roja, violácea, reblandecida ó mas ó menos mamilosa. Algunas veces está intacta. De todas las túnicas del estómago, la serosa es la que mas rara vez se halla afectada; sin embargo, segun ha observado M. Louis, parece que á veces se ha vuelto el peritoneo al nivel de la alteracion mas quebradizo, mas frágil, sin que á pesar de esto se haya engrosado. En ningun caso se afecta primitivamente la túnica serosa, y es probable que suceda lo mismo con la muscular. Rara vez se trata de saber en qué estado se encuentran los demás elementos anatómicos del estómago. Diremos sin embargo que en al-

gunos casos muy raros, se ha encontrado una hipertrofia de uno ó muchos de los cordones nerviosos del neumo-gástrico, y una inflamacion de algunas ramificaciones venosas. Los gánglios linfáticos situados á lo largo de las corvaduras del estómago, están generalmente sanos; los del mesenterio y del epiploon gastro-hepático suelen estar infartados y participar de la degeneracion. Algunas veces existe la materia cancerosa en muchas de las venas abdominales, y se ha encontrado hasta en la vena porta. Tampoco es raro hallar al mismo tiempo masas encefaloides en el hígado.

Ya hemos dicho que en el estómago podian encontrarse todas las formas del cáncer: en efecto, son muy comunes el escirro y el encefaloides; algunas veces está formado el tumor de materia coloides, ó bien solo hay vegetaciones fungosas, desarrolladas sobre la mucosa apenas alterada; finalmente, se encuentran muy á menudo úlceras carcinomatosas, ora se hayan formado primitivamente, ora sucedan al reblandecimiento de los tejidos escirroso y encefaloides, como se observa casi constantemente. Tambien en algunos casos raros la úlcera ha tenido por punto de partida una gangrena parcial de las paredes del estómago, como yo he tenido ocasion de verlo. En todos los casos, la úlcera cancerosa mas ó menos estensa tiene los bordes duros, desiguales, vueltos hácia afuera y fungosos; su superficie está dura, desigual ó cubierta de carnes fungosas de que puede apoderarse la gangrena, como se observa algunas veces sobre todo en las úlceras carcinomatosas de las partes esternas. Pero lo mas frecuente es que la úlcera, por sus contínuos progresos, llegue á destruir del todo la pared correspondiente del estómago. Sin embargo, como en estos casos se ha verificado la ulceracion con lentitud, casi siempre ha habido tiempo para que se formen adherencias sólidas entre las dos hojas del peritoneo; asi es que el estómago está adherido á alguna de las vísceras inmediatas que forma entonces el fondo de la úlcera y reemplaza la pared destruida. Vemos, pues, que la perforacion puede estar tapada por el hígado, el bazo, el páncras ó el cólon transverso, ó bien por la pared abdominal ó por el diafragma, y aun por el cuerpo mismo de las vértebras. Muchas veces continúa el cáncer haciendo progresos, y llega á invadir esta pared suplementaria, razon por la cual se encuentran en algunos cadáveres profundas escavaciones en el bazo y el hígado; en otros comunica el estómago con los intestinos gruesos, con el pericardio, con la pleura y el pulmon izquierdo, ó con la superficie esterior por en medio de la pared abdominal.

El cáncer produce comunmente en el estómago variaciones de capacidad, de direccion y de forma que son distintas segun el sitio de la alteracion. Cuando el cáncer ocupa el cárdias ó el cuerpo del órgano, es mucho menor el volúmen del estómago, porque en el primer caso no entran sino en pequeña cantidad los alimentos y bebidas, y en el segundo han perdido su estensibilidad las paredes. Si reside la alteracion en el píloro, y está muy estrechado este orificio, como no pueden atravesarle ni los alimentos ni las bebidas, y se acumulan durante algun tiempo en el estómago antes de ser espelidos por vómito, dilatan en tales términos dicha víscera, que ocupa todo el abdómen y baja hasta la escavacion de la pelvis. La estrechez de los dos orificios del estómago que ocasiona alteraciones tan notables en el tamaño de esta víscera, puede ser tal que apenas permita la introduccion de una pluma de escribir. Sucede sin embargo á veces que disminuye

la estrechez despues de haber sido considerable, en cuyo caso puede recobrar el orificio sus dimensiones naturales, y aun adquirirlas mayores por el reblandecimiento y destruccion del tejido accidental. Pero este hecho es muy raro, porque sucumben los enfermos antes de que pueda observarse.

Síntomas y curso.—En casi todos los casos se marca el principio del cáncer por la dificultad de las digestiones, que van acompañadas de peso y á veces de dolores epigástricos; los enfermos tienen acedías, vomituriciones de alimentos ó solamente de materias viscosas, que á veces se espelen despues de comer, y mas comunmente en el intervalo de una comida á otra, con especialidad por la mañana en ayunas. A las pocas semanas de notarse estos trastornos conocen ya los enfermos que han enflaquecido. En tales circunstancias es cuando suele sobrevenir una hematemesis; y aunque se cita algun caso en que ha sobrevenido esta hemorragia sin la menor incomodidad, es sumamente raro. Los trastornos digestivos van en aumento, y se pervierten las digestiones en tales términos, que son arrojados alimentos muy asimilables, al paso que se digieren sin incomodidad algunas sustancias indigestivas. Tales trastornos pueden permanecer mucho tiempo estacionarios; algunas veces disminuyen y casi desaparecer, y los enfermos recobran parte de su gordura y de sus fuerzas; sin embargo, no tardan en reproducirse los accidentes. Las digestiones se hacen muy difíciles, y van acompañadas de eruptos gaseosos y de pirosis. Algunos enfermos se quejan entonces de dolores mas intensos en el epigastrio, que en otros solo consisten en una sensacion de peso, y en varios en una sensacion de quemadura ó de erosion, ó bien en punzadas que sobrevienen de cuando en cuando, y se aumentan cuando el estómago está enteramente vacío ó durante la digestion. No es constante el dolor en el cáncer del estómago, pues falta con mucha frecuencia, y solo en casos escepcionales se observan los lancinantes que se han supuesto constantes en las afecciones cancerosas. Muchas veces he visto que el dolor en lugar de ocupar el epigastrio tenia su asiento en el dorso, al nivel de las últimas vértebras dorsales; en varios casos que hemos observado de esta especie, presentaba el carácter taladrante, y se irradiaba algunas vez á manera de faja, siguiendo la direccion de los nervios intercostales.

Los vómitos, que al principio de la enfermedad eran bastante raros y solo consistian en una corta cantidad de materias viscosas que se formaban por la mañana en ayunas, son ahora, mas frecuentes, sobrevienen despues de las comidas, y contienen parte de los alimentos mas ó menos alterados. Por lo comun vuelve el estómago todos los alimentos casi sin distincion; pero en ciertos casos arroja algunos preferentemente, y digiere los demás. Lo mas notable es que no siempre son los alimentos mas indigestos los que salen, y por una estravagancia mas singular aun, el paciente arroja á veces alimentos ingeridos la víspera, y conserva los que acaba de tomar. En lugar de repetirse todos los dias los vómitos alimenticios, no se observan á veces sino con largos intervalos: en este caso se vacía el estómago por una especie de rebosadura de las materias que se creian digeridas hacia mucho tiempo. Asi es que algunos enfermos vomitan alimentos que habian tomado muchos dias y aun semanas antes; y estas substancias, á pesar de haber permanecido en el estómago, se dejen aun reconocer. Estos individuos empiezan pues por digerir las sustancias que su estómago ataca mas fácilmente, y luego que estas sustancias han llegado al duode-

no, los alimentos refractarios son rechazados. Segun hace notar M. Berard (1); dichos enfermos se parecen algo á esas aves de rapiña que no se desprenden de las plumas y pelos que han devorado sino cuando su estómago ha disuelto todo lo que era susceptible de ser atacado por el jugo gástrico y renuevan el esperimento curioso de Spallanzani que hacia conservar á un halcon en su estómago una bola de marfil por espacio de veinte y dos dias haciéndole tragar carne en el momento que iba á espelerla. Cualquiera que sea la esplicacion, es constante que las materias vomitadas no solo son alimentos, sino que se componen ademas muchas veces de bilis amarilla ó verde, ó de un fluido moreno ó negruzco, á veces negro como la tinta, ó bien de una materia medio sólida, parecida al hollin, al poso del café, ó al chocolate mezclado con agua, y que no es mas que sangre exalada en el estómago, donde se ha ennegrecido con los ácidos que se mezclan con ella, y por un principio de digestion que ha esperimentado.

La sed varía en el cáncer del estómago, pero por lo comun es poco considerable y aun nula; hay anorexia, la lengua está limpia y húmeda; se observa una constipacion pertinaz que solo cede á las lavativas; y estas, cuando ha habido exhalacion sanguínea en el estómago, arrastran materias endurecidas y negruzcas.

Si se esplora la region epigástrica, no suele encontrarse nada de particular ni á la vista, ni al tacto, especialmente cuando ocupa el cáncer el cárdias ó la pequeña corvadura del estómago; pues si invade el píloro, la gran corvadura y la cara anterior ó superior del órgano, se distingue por lo comun al tacto un tumor de diferentes tamaños, liso ó desigual, mas ó menos movible, que da un sonido enteramente macizo, y está dolorido á la presion. Cuando es considerable el enflaquecimiento, puede formar cierta eminencia este tumor, y cuando está invadido el estómago en una grande estension, ó cuando reside la alteracion en la gran corvadura y en la cara superior, se bosqueja de izquierda á derecha un tumor voluminoso de la forma del estómago, es decir de una gaita gallega. Yo he presenciado varios hechos de este género. En tal caso sucede muchas veces que, situado el tumor sobre la aorta, es levantado con fuerza á cada pulsacion del vaso, el cual, comprimido y tal vez estrechado por el tumor, produce á esta altura un ruido de fuelle que, si no se fijase la atencion, pudiera dar márgen á algun error en el diagnóstico.

Hemos visto que el cáncer del estómago altera desde el principio la constitucion; los enfermos se enflaquecen tanto mas pronto, cuanto que, á la influencia de la diátesis cancerosa se agrega la que resulta de la imperfeccion de las digestiones que al cabo de algun tiempo no pueden hacerse. En tal caso se desmejoran muy pronto los desgraciados pacientes, y sucumben sin calentura y en el último grado de marasmo con todos los síntomas de la caquexia cancerosa.

El curso de la enfermedad es casi siempre contínuo, y su duracion varía desde algunos meses á muchos años. La mayor parte de los enfermos sucumben al cabo de quince ó veinte meses; algunos viven penando tres y cuatro años, al paso que en otros ha sido tan rápido el curso de la enfermedad, que ha sobrevenido la muerte al mes y medio, y aun á los veinte y cinco ó treinta dias,

(1) *Leçons de physiologie*, t, II. p. 247.

como en un caso que refiere Dumas en su *Doctrine des maladies chroniques*. Generalmente es mas rápida la demacracion, y mas pronta la muerte, cuando el cáncer ocupa el píloro, y principalmente el cárdias, que cuando invade la gran corvadura ó una de las caras del órgano; pues como en estos últimos casos pueden pasar los alimentos á los intestinos, no es tan escasa la nutricion. Hay tambien ciertas circunstancias que aceleran la terminacion funesta: asi es que algunos enfermos sucumben á consecuencia de una hematemesis, y yo he visto perecer otros rápidamente por haberse establecido comunicacion entre el estómago y el cólon transverso. En este caso se esplica la rapidez de la muerte por la diarrea colicuativa que sobreviene, y sobre todo porque los alimentos son espelidos antes de haberse convertido en quimo. Tambien puede acelerar la terminacion funesta la comunicacion del estómago con el esterior, con el peritoneo, con la pleura y con los pulmones. Es muy comun que en el último período se infiltren las estremidades inferiores, y se forme un derrame seroso en el vientre, lo cual se esplica muchas veces por la compresion de las venas, ó por estar infartadas por la materia cancerosa, como hemos indicado anteriormente.

Diagnóstico.—Como el cáncer del estómago no tiene signo patognomónico, como sus síntomas son muy variables, como no siempre se agrupan de la misma manera entre sí, como pueden faltar muchos, y como todos sin escepcion pueden encontrarse en algunas otras afecciones, resulta que el diagnóstico es á veces muy incierto. Hay sin embargo dos síntomas que, sin ser absolutamente patognomónicos, tienen sin embargo mucho valor; tales son los *vómitos negros* y el *tumor epigástrico*. En efecto, aunque en el curso de ciertas gastritis crónicas con ó sin ulceraciones, y aun en el de ciertas afecciones del hígado, del bazo ó del peritoneo, hayan arrojado los enfermos la materia negra, semejante al hollin desleido ó al poso del café, no por eso es menos cierto que estos hechos algunos de los cuales han sido referidos por MM. Chardel y Andral, son sumamente raros é insuficientes para impedir que se consideren los vómitos de que hablo, como un signo *casi seguro* de cáncer del estómago, principalmente cuando han sido precedidos por espacio de mas ó menos tiempo de dificultad en las digestiones, de anerexia y de enflaquecimiento. No es menor el valor del tumor epigástrico; sin embargo, sin razon se le considera generalmente como signo seguro de cáncer; pues, para que lo fuese, seria preciso que ninguna otra causa pudiese producir tumor en el epigastrio; y no es asi, porque prescindiendo de las hernias de la línea blanca, se encuentran ademas tumores formados por el hígado, por la vesícula de la bilis, por el páncreas, y por materias fecales acumuladas en el cólon transverso; pero con un poco de atencion no será difícil distinguir estas especies de tumores. Asi es que una hernia de la línea blanca, formada por el estómago, es pequeña, blanda, sonora á la percusion, y comunmente reducible; en algunos casos puede percibirse el orificio que le ha dado paso. Es tanto mas importante conocer la naturaleza de este tumor, cuanto que puede ir acompañado de vómitos pertinaces y de un enflaquecimiento tal que pudiera sospecharse la existencia de una lesion orgánica. Un tumor del hígado se distingue de otro del estómago por su estension y direccion, y porque comunmente está circunscrito por un borde prominente y cortante, que es el del hígado. Fácil es concebir cuán útil debe ser en este caso la percusion, que permite limitar exactamente el hígado y percibir su forma. Lo mis-

mo sucede para reconocer un tumor debido á la acumulacion de cálculos en la vesícula de la bilis: este tumor, desigual y macizo como el que forma una induracion del píloro, está mas hácia la derecha, es poco ó nada movible, indolente, y generalmente no produce ningun trastorno funcional. El tumor formado por la acumulacion de materias fecales en el cólon transverso, es desigual, duro, y á veces puede mudar de sitio por la presion; pudiendo además desaparecer de un dia á otro, y basta un purgante para librar de él á los enfermos. No es tan fácil distiguir un tumor escirroso del páncreas; pero mas adelante hablaremos de este asunto. El aneurisma de la aorta al nivel del tronco celíaco no puede confundirse con un cáncer del estómago, porque hay pulsaciones enérgicas con movimientos de espansion del tumor, y diversos ruidos morbosos, que son permac nentes; al paso que generalmente es posible, variando de posicion el enfermoc inclinando el tronco ya á derecha, ya á izquierda, hacer cesar el ruido de fuelle que á veces existe en los tumores cancerosos del estómago que comprimen la aorta.

Ciertas neurosis, caracterizadas principalmente por vómitos ó dispepsia, pueden simular el cáncer del estómago; pero atendiendo á su modo de invasion, á su curso y á los síntomas concomitantes, casi siempre llegaremos á conocer la verdadera naturaleza de la afeccion. Véase *Gastralgia* y *Dispepsia*.

La gastritis crónica, como hemos dicho, asemeja tambien por sus síntomas al cáncer estomacal, en términos que á veces es difícil distinguir estas dos afecciones especialmente al principio. Sin embargo, en la gastritis no es tan rápido el enflaquecimiento; no se observa el color propio de la diátesis cancerosa; casi nunca hay vómitos negros ni aun viscosos; jamás se espelen los alimentos muchos dias despues de ingeridos; son mas frecuentes los vómitos y suele haber calentura; por último sea cual fuere la duracion de la enfermedad, no se percibe tumor en el epigastrio. Finalmente se atenderá á los antecedentes de los sugetos: asi que puede decirse por regla general, que siempre que un individuo de mas de cuarenta años enflaquece y tiene hace muchos meses dificultad de digerir ó una inapetencia completa con eruptos ácidos y regurgitaciones viscosas, hay motivos para sospechar la existencia de un escirro incipiente del estómago mas bien que el de una gastritis. Mas difícil es distinguir el carcinoma de una úlcera simple; sin embargo, la cardialgia, los dolores vivos hácia el apéndice que se irradian á la espalda y el vómito de sangre pura, repitiéndose de tiempo en tiempo, pueden inducirnos á creer, cuando faltan los demás signos del cáncer, que solo hay una úlcera simple.

Despues de reconocido el cáncer es á veces posible determinar en qué parte del estómago tiene su asiento: si la alteracion ocupa el píloro es cuando principalmente se distingue un tumor en el epigastrio; si, como sucede casi siempre el orificio está estrechado, no sobrevienen los vómitos hasta mucho tiempo despues de haber comido, y entonces es principalmente cuando no se arrojan hasta pasados muchos dias. En este caso está muy dilatado el estómago, y el sacudimiento del vientre determina un ruido producido por la agitacion y mezcla de los líquidos y gases contenidos en dicha víscera. Cuando el estómago contiene gran cantidad de fluido, puede suministrar la percusion algunas indicaciones útiles. Si por el contrario los vómitos sobrevienen inmediatamente despues de comer, ó bien son arrojados los alimentos antes de haber penetrado en el estómago, si

producen una sensacion de peso ó de incomodidad en la parte superior del epigastrio, deberá creerse que el cáncer ocupa el cárdias, y que este orificio está muy estrechado.

Pronóstico.—El cáncer del estómago es una afeccion constantemente mortal. M. Lebert sin embargo, no considera la curacion absolutamente imposible y Barras trató de probar con hechos, que la enfermedad era curable; pero estos hechos están muy lejos de ser concluyentes, y por desgracia en el estado actual de la ciencia nada establece la posibilidad de una terminacion feliz.

Etiología.—El cáncer del estómago es mas frecuente en los hombres que en las mujeres, segun Chardel; pero M. Lebert afirma lo contrario. Muy raro antes de la pubertad y hasta los treinta años; es muy comun de los cuarenta á los sesenta, y vuelve á ser bastante raro despues de los setenta, si bien no tanto como antes de los treinta y cinco.

Esta afeccion, que M. Bayle decia ser mas comun en los célibes, muchas veces es hereditaria. Las conmociones morales tristes y los disgustos prolongados son las causas cuya accion está mejor demostrada. Tan frecuente es en la clase pobre como en los ricos. Se ha supuesto que predisponian á esta enfermedad el temperamento linfático, las profesiones que obligan á tener siempre el cuerpo inclinado hácia adelante, como las de sastre y zapatero, la mala calidad de los alimentos, la embriaguez y el uso de los alcohólicos en ayunas; pero no está demostrada la accion de estas causas. No poseemos ningun dato exacto acerca de la frecuencia relativa del cáncer estomacal en los distintos paises. ¿Es frecuente en Austria y raro en Lituania como dice J. Frank? ¿Reina endémicamente en un valle inmediato á la selva Negra? Nada de positivo sabemos sobre el particular. M. d' Espine dejó establecido que en Ginebra atacó $^1/_{38}$ de la poblacion y que constituye los $^4/_9$ de la totalidad de las afecciones cancerosas, proporcion que parece ser la misma en París. El cáncer del estómago se desarrolla siempre de un modo oscuro y sin intervencion de ninguna causa apreciable. Pero sea cual fuere la naturaleza de esta, no puede desarrollarse la enfermedad si el sugeto no lleva ya en sí el gérmen ó la predisposicion.

Tratamiento.—Deben someterse los enfermos á un régimen severo, proscribiendo los alcohólicos que excitan por lo comun dolores y eruptos ácidos. La dieta láctea es útil á muchos enfermos: si hay acideces deberá mezclarse la leche con una cuarta parte de agua de Vichy natural. Debe tenerse entendido que muchos estómagos que al parecer no pueden sufrir la leche, la digieren variando su modo de administracion ó preparando el líquido: asi es que unos solo digieren la leche fria ó helada, otros la caliente; estos la toman pura, los otros tienen que mezclarla con alguna bebida aromática. Siempre que se pueda, se dará caldo á los enfermos; se aplicará un exutorio al epigastrio; se mantendrá libre el vientre por medio de lavativas; si hay dolores muy intensos se administrará una corta cantidad de opio. Los vómitos se combaten con las bebidas gaseosas y el hielo. Resulta pues que solo pueden emplearse medios paliativos contra el cáncer del estómago; los fundentes como el jabon amigdalino, la cicuta y los calomelanos de nada han servido: deben sin embargo administrarse para calmar la imaginacion de los enfermos, pero sin esperanza de curarlos ni con estos medicamentos ni con ninguno de los conocidos hasta el dia.

DEL CÁNCER DE LOS INTESTINOS.

El cáncer de los intestinos es mas raro que el del estómago. Esta alteracion se presenta con mucha desigualdad en las diferentes porciones del tubo intestinal. En efecto, está demostrado que es muy raro el cáncer en el yeyuno y el íleon, y algo menos en el duodeno; pero este intestino jamás se afecta primitivamente: en el mayor número de casos lo es á consecuencia de la extension del cáncer del piloro. La degeneracion cancerosa es cuatro veces por lo menos mas frecuente en los intestinos gruesos que en los delgados; sin embargo, no es muy comun en las diversas porciones del cólon á escepcion de la S iliaca que por sí sola presenta tantos ejemplos de cáncer como todas las demás porciones reunidas. Esta alteracion es mas frecuente en el ciego, y mas aún en el recto, que es despues del estómago la parte del tubo digestivo invadida mas frecuentemente por la degeneracion escirrosa. Numerosos hechos han probado ademas que la enfermedad ataca con preferencia las dos estremidades opuestas de dicho intestino, y quizas mas especialmente la superior.

Anatomia patológica.=Puede aplicarse al cáncer del intestino, todo cuanto hemos dicho del del estómago. Los caracteres anatómicos son en efecto idénticos en ambos casos. La degeneracion ocupa una estension muy variable en longitud; puede tambien invadir toda la circunferencia ú ocupar solo parte de ella, con especialidad al principio: tal sucede con el cáncer del recto, que se presenta muchas veces al principio bajo la forma de una chapa limitada á un pequeño espacio que presenta la dureza de los cartílagos; otras veces empieza el cáncer por tubérculos aislados y algunos de ellos pediculados. Cuando es general la alteracion é invade el intestino en una grande estension, se presenta este como un tubo duro, sólido, sin elasticidad é incapaz de contraerse. El calibre del intestino canceroso, es siempre mucho menor y á veces apenas permite la introduccion de un estilete delgado. En tal caso han adquirido las paredes un grueso estraordinario: y Ruysch ha visto un enfermo en quien tenian las del recto dos pulgadas y media. Sea cual fuere el asiento del cáncer, siempre se encuentra mas ó menos dilatada la porcion de intestino situada por encima de él á causa de la acumulacion de gases y de materias fecales; por el contrario, la porcion que está debajo se halla contraida. Cuando existen dos cánceres anulares á poca distancia uno de otro, lo cual no es raro en el recto, se observa tambien una dilatacion considerable de la porcion intermedia que está sana, porque las materias fecales que llegan á ella difícilmente salen, y se acumulan allí como en una especie de reservorio. La distension de esta bolsa y de la porcion de intestino situada por encima de la alteracion, puede ser tal que ocasione la dislaceracion del cáncer cuando está reblandecido; y este accidente produce un derrame de materias fecales en el vientre. Sin embargo, la comunicacion del intestino con el peritoneo, con el tejido celular, ó con un órgano inmediato se establece por lo comun á consecuencia de una ulceracion del producto morboso. Este suele invadir las partes inmediatas: asi es que el cáncer del recto se propaga á veces á la vejiga en el hombre, y á la vagina en la mujer. Otras veces se observa que algunas asas intestinales simplemente pegadas á las partes can-

cerosas, contraen primero adherencias con estas á consecuencia de una peritonitis local, y despues son invadidas por la degeneracion: asi es como se ha visto algunas veces establecerse una comunicacion preternatural, entre dos puntos distantes del tubo digestivo, entre el duodeno y el cólon transverso, por ejemplo.

Síntomas y curso.—Si es poco estenso el cáncer y no ha disminuido mucho el calibre del intestino, puede no producir ningun trastorno y pasar desapercibido. Muchas veces he encontrado degeneraciones escirrosas de los intestinos, de algunas pulgadas de longitud, en sugetos que habian muerto de otra enfermedad sin haber presentado aun trastorno alguno notable en los órganos digestivos. Sin embargo, en el mayor número de casos ocasiona el cáncer diversos accidentes locales. Cuando la alteracion ocupa el duodeno, se observan casi los mismos síntomas locales que en el cáncer del estómago. Si reside la afeccion en los intestinos delgados, tienen los enfermos alternativas de diarrea y de constipacion; se quejan de cólicos, con dolor mas ó menos fijo, y palpando el abdómen suele descubrirse un tumor duro, abollado, doloroso, macizo á la percusion y mas ó menos movible. Cuando el cáncer tiene su asiento en el recto, podemos muchas veces reconocerle por el tacto; tienen los enfermos dificultad de defecar, y despues de muchos esfuerzos ináuditos tambien arrojan unas materias á manera de cintas, como hemos ya dicho antes. Las heces suelen estar manchadas de sangre, y á veces corre con abundancia este líquido en los intervalos de las deposiciones. Pero generalmente en lugar de sangre pura, arrojan de contínuo los enfermos una materia puriforme, saniosa y fétida. Sea cual fuere el asiento del cáncer, si estrecha sensiblemente el calibre del intestino se percibirán todos los signos que se observan cuando existe un obstáculo al curso de las materias fecales; y si la obliteracion llega á ser completa, se declaran todos los síntomas del íleo.

Sucede sin embargo á veces, que desaparecen todos los trastornos que indican una estrechez del intestino; el vientre que estaba meteorizado se reduce, á la constipacion sucede la diarrea. Esto se observa cuando ulcerándose ó reblandeciéndose el cáncer, recobra el intestino su calibre primitivo y á veces mayor. En algunas ocasiones depende la cesacion ó disminucion de los accidentes de que se ha abierto una comunicacion preternatural entre el intestino enfermo y una porcion sana del tubo intestinal. Cuando se reblandece un cáncer de la parte inferior del recto, existe no solamente un flujo sanioso habitual mezclado con detritus canceroso, sino tambien incontinencia de materias fecales. Muchos enfermos esperimentan entonces una sensacion de bienestar, y se creen aliviados; pero en estos casos ha llegado por el contrario la afeccion á un período mas avanzado: el enflaquecimiento, el marasmo y todos los signos de la caquexia cancerosa hacen progresos mas rápidos que antes y no tarda en sucumbir el enfermo.

La muerte es la terminacion constante del cáncer intestinal. Unos enfermos sucumben lentamente y por los progresos de la caquexia cancerosa; otros mueren con síntomas de oclusion intestinal, por último, algunos perecen de resultas de una peritonitis debida unas veces á la existencia del cáncer y consecutiva otras á la perforacien ó rotura del asa intestinal.

Diagnóstico.—No es posible distinguir el cáncer del duodeno del de la por-

cion pilórica del estómago. El cáncer del íleon y del yeyuno, el del ciego y el del cólon suelen desconocerse si no producen un tumor apreciable. Sin embargo las alternativas de constipacion y diarrea y los signos de un obstáculo habitual al curso de las materias fecales, que se revela principalmente por un meteorismo permanente, tanto mas general é intenso cuanto mas inmediato al recto está la alteracion son ya fenómenos que deben llamar la atencion. Si el enfermo enflaquece y se desmejora, sin que ninguna lesion manifiesta dé razon de estos trastornos de la nutricion; y si se encuentra en la edad en que sobrevienen las afecciones carcinomatosas, deberá sospecharse esta degeneracion en un punto de los intestinos. Mayores serán las probabilidades cuando se perciba un tumor macizo, duro, abollado y mas ó menos doloroso: pues no podrá confundirse con una acumulacion de materias fecales; porque en este caso podria diseminarlas la presion ó á lo menos hacer andar el tumor ademas de que este se disloca espontáneamente y al cabo de algun tiempo no se encuentra en el mismo sitio; basta un purgante para hacerle desaparecer, y no coincide con la alteracion de la salud que se nota en el cáncer. El diagnóstico no admite duda cuando el mal ocupa el recto y ocasiona un flujo sanguinolento habitual y cuando se puede tocar con el dedo índice. Pero algunas inflamaciones crónicas de la parte interior del recto y ciertas induraciones de naturaleza venérea, simulan á veces un cáncer de esta parte y han dado lugar á graves errores. Estas induraciones que sobrevienen comunmente á consecuencia de hemorroides, de abcesos estercoráceos ó de ezcema crónico, pueden presentar muchos signos del escirro. Sin embargo, los tejidos simplemente inflamados, no tienen la dureza de este; la presion es menos dolorosa: hay momentos de calma, y exacerbaciones mas marcadas que en el cáncer. Respecto de las induraciones venéreas se atenderá á los conmemorativos y á los síntomas concomitantes. Con todo á veces es tal la semejanza, que hay que recurrir al tratamiento mercurial para descubrir la verdadera naturaleza de la afeccion.

Etiología.—Parece que el cáncer intestinal es mas frecuente en los hombres que en la mujeres; su máximun de frecuencia es despues de los cuarenta años. Las causas predisponentes y determinantes son tan desconocidas como las del cáncer del estómago. Nada de lo que se ha dicho acerca de la influencia de la enteritis, del mal régimen, de los escesos, de la constipacion y de la sodomía está demostrado.

Tratamiento.—El del cáncer intestinal es puramente paliativo. Sea cual fuere la altura á que se encuentre el mal, debe aconsejarse al enfermo que haga uso de alimentos que dejen poco residuo. Si ocupa el recto, se procurará dilatar este intestino por los medios que hemos indicado al tratar de las estrecheces del tubo digestivo.

DEL CÁNCER DEL PÁNCREAS.

El cáncer del páncreas es una afeccion muy rara y cuyos síntomas son muy poco conocidos, como sucede con todas las lesiones de esta víscera.

El cáncer del páncreas se presenta por lo comun bajo la forma del escirro, y mas rara vez bajo la del encefaloides; puede reblandecerse, ulcerarse y ocasionar consecutivamente la desorganizacion de las vísceras inmediatas. Todos los autores que se han ocupado de la patología del páncreas están conformes en que es sumamente difícil el diagnóstico de las lesiones orgánicas de esta víscera, y que comunmente apenas se sospechan durante la vida y solo se conocen al abrir el cadáver.

Todos los que padecen un cáncer en el páncreas, presentan algunos trastornos en las funciones digestivas: la mayor parte tienen al principio regurgitaciones de materias mucosas, blanquecinas, mas ó menos análogas á la saliva; muchas veces hay accidentes que determinan una sensacion de quemadura á lo largo del esófago y de la faringe: mas adelante sobrevienen vómitos acuosos, biliosos, alimenticios, y que generalmente son tan pertinaces como los que dependen del cáncer del estómago. Estos vómitos por lo comun simpáticos, á veces son producidos por la compresion que ejerce el páncreas sobre la porcion pilórica del estómago ó sobre el duodeno; los vómitos biliosos se observan principalmente cuando, obrando la compresion sobre la última porcion del duodeno, no puede fluir libremente la bilis en la cavidad de este intestino. Siempre hay constipacion ó diarrea, y segun Bright parte de las materias evacuadas se componen de una materia grasienta, amarilla y muy fétida. Esta materia, analizada por Bostock, se considera como adipocira; muchas veces está mezclada con las heces, pero se separa pronto de ellas, y sobrenada en la superficie ó forma una costra gruesa, especialmente en los bordes del vaso, ó una película delgada que envuelve toda la masa. Este signo importante, que se ha presentado en tres casos, ha recibido en cierto modo la sancion de los bellos esperimentos de M. Bernard. Este distinguido fisiólogo ha establecido efectivamente que el líquido pancreático estaba destinado, con esclusion de todos los otros, á reblandecer y digerir las materias crasas contenidas en los alimentos, y esta operacion se hace imposible cuando el páncreas ofrece una de las alteraciones que se oponen á la secrecion ó escrecion del fluido pancreático. Estas cámaras grasientas, cuando existen, llaman, pues, la atencion hácia una lesion del páncreas sin poder, sin embargo, precisar su naturaleza.

Los sugetos afectados de cáncer del páncreas sienten un dolor mas ó menos intenso, que unos refieren al epigastrio y otros al ombligo, á los hipocondrios ó al dorso. Esplorando el vientre con cuidado se encuentra muchas veces entre el epigastrio y el ombligo un tumor profundo, poco movible, generalmente abollado, macizo, y que á veces es movido por las pulsaciones de la aorta. En algunos casos se sienten en él dolores intensos, en otros un simple peso.

Generalmente se considera la salivacion como un síntoma muy frecuente en las afecciones orgánicas del páncreas. Este tialismo puede ser escesivo, pues J. P. Frank habla de un sugeto que murió á consecuencia de un escirro del páncreas que le habia reducido al marasmo, el cual arrojaba seis cuartillos de saliva al dia. La ictericia es un síntoma menos frecuente, aunque no raro; y se observa especialmente en los casos en que el páncreas escirroso comprime el conducto colídoco y se opone á que la bilis fluya en el intestino.

El cáncer del páncreas siempre ejerce una influencia grave sobre la nutri-

cion: asi es que los enfermos, que desde el principio enflaquecen, llegan mas ó menos pronto al último grado de marasmo.

En resúmen, los fenómenos que mas deben llamar la atencion son los trastornos digestivos, especialmente los vómitos acuosos, el tialismo, la diarrea, las cámaras grasientas y la emaciacion progresiva, síntomas que coinciden con la aparicion de un tumor en el punto que ocupa el páncreas. Este tumor, por su forma y por su sitio, no puede confundirse con una prominencia del hígado. Parece que podria distinguirse de un tumor del píloro por su posicion mas profunda; pero este carácter no es de gran valor. Ademas, cuando la cabeza del páncreas viene á aplicarse al píloro y estrecharle, no hay medio alguno de determinar con exactitud el punto de partida del tumor; en tales casos, atendida la rareza de las afecciones del páncreas y lo frecuente de las enfermedades orgánicas del píloro, no es estraño que se sospechen estas mas bien que las primeras, con tanto mas motivo, cuanto que la compresion del píloro por el tumor del páncreas, produce vómitos pertinaces y la dilatacion del estómago, lo mismo que si la estrechez fuese debida á la transformacion escirrosa de las paredes del estómago. Sin embargo, la falta de los demás síntomas propios del cáncer del estómago, y especialmente de los vómitos negros, y por otra parte el tialismo y las deyecciones salivales y grasientas, pudieran hacernos aventurar un juicio acerca del sitio de la enfermedad. Pero importa poco tanta exactitud en el diagnóstico, pues ora exista el cáncer en el páncreas, ora en el estómago, ora en el duodeno, siempre es mortal la enfermedad.

El tratamiento es puramente paliativo. El opio convendrá para calmar los dolores ó para moderar la diarrea; las bebidas gaseosas y el hielo se emplean contra los vómitos: en cuanto al tialismo, es muy dudoso que se pueda obrar sobre él. Mas no por eso se debe dejar de ensayar los colutorios astringentes y los derivativos cutáneos, especialmente los baños de vapor, á no ser que el enfermo esté muy debilitado.

DEL CÁNCER DEL HÍGADO.

El cáncer del hígado es casi tan frecuente como el del estómago, siendo al propio tiempo una de las alteraciones crónicas de aquel órgano què mas comunmente se encuentran en nuestro clima.

Anatomía patológica.—El escirro y el encefaloides son casi las dos únicas formas del cáncer que se observan en el hígado; el segundo es mas comun. El cáncer del hígado puede invadir entera y uniformemente una porcion mas ó menos considerable del órgano, como un lóbulo, ó bien existir, bajo la forma de tumores múltiples. Este último caso es el mas comun; algunos hechos nos hacen creer que el cáncer del hígado existe siempre al principio en forma de masas distintas, aisladas, que aumentando de volúmen, llegan á confundirse unas con otras. Cuando se corta el hígado en este punto, no se encuentra vestigio alguno del tejido propio del órgano, y en su lugar se halla un tejido blanco ó agrisado que rechina al cortarle, ó bien una materia blanda, rojiza, surcada de vasos, en la cual se forman á veces focos apopléticos.

Cuando existe el cáncer bajo la forma de masas diseminadas, se encuentran

estas á veces repartidas uniformemente por toda la estension del hígado; cuando solo ocupan un lóbulo casi siempre es el derecho; se hallan con preferencia en la superficie del órgano, mas bien hácia la cara convexa que hácia la cóncava; las mas voluminosas están comunmente, segun M. Cruveilhier, al nivel del ligamento suspensorio. Estas masas pueden no sobresalir de la superficie del órgano, ó bien forman un relieve de algunas líneas, y contrastan por su color gris, blanquecino rojizo, con el del tejido del hígado. Muchos de estos tumores están teñidos de verde ú de amarillo por la bilis; algunos están deprimidos en su centro, y pueden estar duros ó reblandecidos en parte ó en su totalidad. Su grueso varía desde el estado miliar hasta el volúmen de una cabeza de feto; la mayor parte son del tamaño de una nuez ó de una almendra. No es menos variable su número: á veces solo hay doce ó quince; en muchos casos ascienden á cincuenta, ciento y aún muchos miles; su número está siempre en razon inversa de su volúmen. En cuanto á su consistencia, unos son mas duros que el parénquima hepático; otros mas blandos y se reducen á una papilla rojiza á poco que se les comprima. En su intervalo está sano el parénquima del hígado, el tejido que los rodea inmediatamente parece que no ha hecho mas que separarse; á veces está manifiestamente atrofiado; ora está descolorido, ora inyectado; en algunos casos hay en él una extravasacion sanguínea. Las masas escirrosas forman fácilmente núcleo por lo general; parece que no tienen ninguna conexion vascular con el hígado, y nunca las hemos encontrado enquistadas. Es indudable que estos tumores están formados por un simple depósito de materia cancerosa en medio del hígado, y no por una transformacion de tejido. Esta materia empieza por pequeños puntos blanquecinos ó agrisados. M. Andral ha supuesto tambien que las masas cancerosas podian traer su orígen de un derrame sanguíneo, que despues de haberse coagulado en los tejidos, esperimentaba diversas transformaciones. Sin negar la posibilidad de este hecho, le creo sin embargo muy raro.

El volúmen del hígado canceroso varía mas ó menos: casi siempre está aumentado: á veces sin embargo es menor, y aun suele esperimentar el órgano una atrofia considerable. Cuando se ha desarrollado el cáncer cerca de las vias biliarias, suelen estar obliterados los conductos escretorios de la bilis. Lo mismo sucede con algunos troncos venosos, ora de la vena porta, ora de las hepáticas, que están obstruidas por la materia del encofaloides.

En la mayor parte de los que sucumben con un cáncer del hígado se encuentra una lesion de la misma naturaleza en el estómago, y casi siempre ha sido esta la primera que se ha desarrollado. Comunmente existe una ascitis mas ó menos considerable; muchas veces hay tambien adherencias parciales ó generales entre el hígado y las paredes abdominales, lo cual se observa cuando llegando las masas cancerosas á la snperficie, inflaman el peritoneo.

Síntomas y curso.—Son sumamente variables los trastornos locales y generales producidos por el desarrollo de masas cancerosas en el hígado; pero los que se observan en el mayor número de casos, son los siguientes: Los sugetos pierden el apetito; la digestion es penosa, y está acompañada de un desprendimiento considerable de gases; hay sensacion de peso en el epigastrio; y á veces se quejan los enfermos de dolores violentos en esta region ó en el hipocondrio. La mayor parte tienen opresion; todos enflaquecen; algunos tienen

ictericia que puede ofrecer alternativas, aunque sin cesar nunca del todo. Como el volúmen del hígado casi siempre es mayor, se percibe en el hipocondrio un tumor, generalmente abollado y desigual. No siempre tiene la misma consistencia; unas veces es muy duro y ofrece, al percutirle, una gran resistencia al dedo, otras veces es elástico y renitente; por último, puede ser enteramente blando, y aun producir una sensacion de fluctuacion, lo cual suele inducir á error acerca de la naturaleza de la enfermedad. Cuando está abollada la superficie del hígado á consecuencia de la eminencia que forman las masas cancerosas diseminadas por él, se perciben muy bien estas desigualdades por en medio de la pared del abdómen, y muchas veces se nota que no todas tienen la misma consistencia. Las hay que son duras y puntiagudas, y otras que son blandas y se dejan deprimir por los dedos. En la mayor parte de estos sugetos se presenta mas ó menos pronto una ascitis, cuya formacion se esplica por la compresion que el hígado mas voluminoso ejerce sobre las venas, y por la obstruccion de estos vasos por la materia cancerosa.

El cáncer del hígado modifica muy pronto la nutricion: asi es que los enfermos pierden desde el principio parte de su gordura y de sus fuerzas, síntomas que preceden con bastante anticipacion á los dolores y trastornos digestivos. Estos son tanto mas numerosos y mas graves, cuanto mas avanzada está la enfermedad; asi es que llega una época en que falta del todo el apetito, y los enfermos se ven atormentados por vómitos frecuentes y debilitados por una diarrea colicuativa rebelde á todos los medicamentos. Casi siempre se quejan de opresion y sofocacion, y muchos tienen palpitaciones. Estos accidentes, que han sido especialmente notados por MM. Heyfelder y Cruveilhier, se esplican muy bien por el obstáculo que opone á la respiracion el hígado aumentado de volúmen, que empuja el diafragma hácia la parte interior del pecho. Los vómitos, casi siempre simpáticos, pueden esplicarse tambien mecánicamente por la compresion que ejerce el hígado sobre el estómago y el duodeno. En un caso hemos visto síntomas de íleo, debidos á la compresion que ejercia una masa encefaloides del hígado sobre el punto de union del cólon ascendente y del transverso. La ictericia casi siempre depende tambien de un obstáculo al curso de la bilis. Por último, las gastrorragias y las enterorragias, que se observan en casos muy raros, se esplican por el entorpecimiento que sufre la circulacion en la vena porta y consecutivamente en los vasos que la forman. Sin embargo, no hemos notado que estuviesen mas espuestos que otros á las hemorroides los individuos afectados de un cáncer del hígado, ó de cualquiera otra afeccion de esta víscera, como hipertrofia ó cirrosis. El cáncer del hígado tiene un curso siempre ascendente, y termina constantemente de un modo funesto. Como no es posible fijar el principio de la enfermedad, no se puede determinar tampoco su duracion, la cual parece estar comprendida en los mismos límites que la del cáncer del estómago.

Diagnóstico.—M. Heyfelder ha dicho con razon que no era posible diagnosticar un cáncer del hígado sino cuando el órgano habia aumentado de volúmen; porque entonces es únicamente cuando se pueden percibir los tumores desiguales que hemos indicado. Se distinguen estos de los que se encuentran en algunos casos de hipertrofia y de cirrosis, por la diferente sensacion que producen al tacto. En efecto, los unos son duros, al paso que los otros son blandos y depre-

sibles, y muchos están deprimidos en el centro, lo cual no se observa en los otros. Cuando el cáncer existe en masa, pudiera sospecharse una hipertrofia del hígado ó un quiste idatídico; pero el cáncer se distingue de la hipertrofia en que aquel altera mas ó menos la configuracion del órgano, y esta no. Ademas, en el primer caso la consistencia es mayor ó menor de lo regular, y muchas veces se perciben diversos grados de resistencia: asi es que, mientras en un punto se siente al tacto y á la percusion una dureza estremada, en otro inmediato hay blandura y aun fluctuacion. lo cual esplica cómo en algunos casos se ha tomado un encefaloides reblandecido por un abceso. Cuando este sucede á una hepatitis aguda, no es posible semejante error; pero, cuando sobreviene lentamente y precedido de trastornos graves de la digestion y de la nutricion, que se observan en la hepatitis crónica, creemos que puede haber muchas dudas. Sin embargo, en semejantes casos, vista la frecuencia del encefaloides y la rareza de la hepatitis cronica en nuestro clima, debe sospecharse mas bien la primera de estas enfermedades. La falta del color amarillo de paja pudiera aumentar las dudas en algunos casos; porque en muchos cánceres está encubierto este color por el de la ictericia, que, una vez declarada, es casi permanente. Por úlfimo, en caso de duda puede hacerse una puncion para esplorar, que es lo que nosotros hemos practicado con M. Richet, en un caso en que el diagnóstico era de los mas oscuros.

Pronóstico.—Inútil es decir que el cáncer del hígado es incurable.

Etiología.—Se desconocen del todo las causas especiales que hacen que la diátesís cancerosa dirija su accion sobre el hígado; lo único que se sabe es, que la alteracion es mucho mas comun en los hombres que en las mujeres, y que es rara antes de los cuarenta años, y ataca principalmente de los cuarenta á los setenta. El cáncer del hígado, que en muy pocos casos es primitivo, se desarrolla casi siempre á consecuencia de otro cáncer esterno ó visceral: por eso es tan comun encontrar masas cancerosas en el hígado de sugetos muertos de resultas de un carcinoma del estómago.

Tratamiento.—Es puramente paliativo, (Véanse los demás cánceres.)

DEL CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARIAS.

No vamos á ocuparnos de los infinitos casos en que las vías biliarias son invadidas por el cáncer del hígado, sino solamente de aquellos en que la afeccion ataca primitivamente la vejiga de la bilis ó los conductos escretorios de este líquido sin que esté alterada la estructura del hígado. M. Cruveilhier en su *Anatomie pathológique*, y M. Durand-Fardel en los *Archives générales de médecine* (Junio de 1840 y abril de 1841), han citado varios casos de este género. Puede presentarse el cáncer en la vejiga de la bilis bajo la forma de escirro, de encefaloides ó de materia coloides: esta está contenida comunmente en la vejiga de la bilis, en cuya cara interna parece haber vegetado. Este cáncer es notable porque, en el mayor número de casos, parece que se estiende á la porcion correspondiente del cólon, despues de haberse adherido préviamente á este intestino. La vejiga cancerosa suele contener cálculos

Nada se sabe aun de cierto acerca del cáncer de la vejiga de la bilis: en los

enfermos que han presentado esta alteracion, se han notado principalmente dolores mas ó menos intensos hácia el hipocondrio derecho, donde existia un tumor circunscrito, piriforme, mas ó menos abollado, anorexia, vómitos, diarrea, enflaquecimiento, y á veces una ictericia mas ó menos intensa.

Nada de característico presentan estos síntomas; sin embargo, la existencia de un tumor circunscrito en la region que ocupa la vesícula, y la falta de aumento de volúmen, ó de deformacion apreciables del hígado, si no constituyen un signo cierto de que está limitado el cáncer al reservorio de la bilis, deben por lo menos hacerlo sospechar. Ademas de que ninguna ventaja trae tal exactitud en el diagnóstico, porque tan mortal es el cáncer de la vesícula, como el del hígado; y la única diferencia que hay, es, que no suele ser tan rápido el curso del primero y permite al enfermo vivir algun tiempo mas.

DEL CÁNCER DE LOS RIÑONES.

El cáncer de los riñones es mucho mas raro que el del hígado y el de los intestinos. La degeneracion encefaloides es la mas comun; el escirro rara vez se encuentra. Casi siempre empieza la alteracion por un solo riñon, y mas adelante invade al del lado opuesto; ataca primero la sustancia cortical, y luego puede estenderse á la tubulosa. Se encuentran en los riñones cancerosos masas encefaloideas diseminadas, entre las cuales unas veces está sano el tejido renal, y otras mas ó menos inyectado. Puede el riñon conservar sus dimensiones ó adquirirlas mucho mayores; en este último caso, su superficie desigual está erizada de un gran número de abolladuras, cuyo volúmen varía desde el de una grosella hasta el de un huevo de gallina; por lo comun están diseminadas con mucha irregularidad. Cuando están afectados del todo los riñones, no conservan vestigio alguno de su organizacion primitiva; se presentan informes, abollados, en parte reblandecidos, y convertidos en cavernas llenas de un detritus rojizo. La membrana fibrosa está comunmente engrosada; los ganglios de la cisura por lo regular penetrados de la materia encefaloides; y las venas renales y aun la cava, pueden contener coágulos fibrinosos mezclados con detritus cancerosos. El peritoneo contiene alguna serosidad.

Síntomas y diagnóstico.—En el cáncer de los riñones se quejan los enfermos de dolores intensos en la region lumbar; tienen de cuando en cuando hematurias abundantes ó ligeras; la sangre puede ser roja ó del color del agua en que se ha lavado carne, y exhala un olor fétido. Al cabo de cierto tiempo aumenta el órgano de volúmen y forma un tumor duro, abollado, que puede percibirse por debajo del borde de las costillas, en el vacío, y que á veces llena todo este espacio hasta el borde superior del íleon. Es fácil apreciar su grueso aplicando profundamente una mano por delante y la otra por detrás en el sitio correspondiente; por medio de la percusion se limita el riñon enfermo de los órganos inmediatos. La nutricion está muy alterada, se pierde el apetito, las digestiones son difíciles, hay diarrea y muchas veces vómitos, y suelen infiltrarse las estremidades por efecto de la caquexia cancerosa ó por la existencia de coágulos que obliteren la vena cava.

El cancer de los riñones es algunas veces latente, en cuyo caso falta la he-

maturia y no forma tumor el órgano. Algunos enfermos se quejan solo de un dolor profundo, ora obtuso, ora lancinante y agudo, en la region lumbar; pero este síntoma no es característico, porque puede depender de otra afeccion de los riñones, del tejido celular, ó del cuerpo de las vértebras. Sin embargo, al cabo de mas ó menos tiempo viene á aclarar el diagnóstico algun síntoma nuevo; asi es que, segun observa M. Rayer, la aparicion de una hematuria en un sugeto que habitualmente tiene dolores lumbares, sin haber arrojado cálculos. ni haber padecido retencion de orína, es bastante significativa si existen los dolores en el intervalo de las hematurias, lo mismo que cuando se presentan, y si se renuevan sin causa apreciable.

Basta el curso de la enfermedad para no confundir el cáncer renal que forma tumor con la pielitis calculosa, acompañada de distension de la pelvis y de los cálices. Las intumescencias del bazo no pueden tomarse por un tumor canceroso de los riñones si se atiende á la posicion superficial del tumor esplénico, á su borde anterior obtuso, á su forma y á su sitio, que la percusion permite determinar muy exactamente. Por la misma razon será fácil no confundir el cáncer de los riñones con un tumor del hígado. Por último, con un poco de atencion se distinguirá un tumor del ovario de una degeneracion encefaloides de los riñones, porque el primero piriforme redondeado, se desarrolla de abajo arriba, es mas ó menos movible y se hunde en la pelvis; ademas el tactar vaginal da á conocer que está en relacion con el útero por la facilidad con que se le comunican movimientos obrando sobre este órgano. Cuando el cáncer de los riñones no forma tumor, puede ser confundido con el de la vejiga urinaria. Para evitar tamaño error, téngase en consideracion que este último cáncer determina dolores que se limitan al hipogastrio, en cuya region podrá reconocerse fácilmente un tumor duro y redondeado, pues existe casi siempre: ademas, sondeando la vejiga, se percibe una masa blanda y fungosa, y al salir la sonda, arrastra pus sanioso y detritus concerosa: la orina siempre turbia, sanguinolenta y mas ó menos fétida sale involuntariamente con mucha frecuencia, al paso que con grande sufrimiento y notables esfuerzos del pobre enfermo.

Pronóstico.—El cáncer renal es una afeccion siempre incurable.

Etiología.—Esta enfermedad parece mucho mas comun en los hombres que en las mujeres; ataca de preferencia á los sugetos de edad madura y á los viejos, é invade con mas frecuencia el riñon derecho que el izquierdo. El cáncer renal puede ser primitivo; pero muchas veces es consecutivo á otro cáncer situado en una víscera ó en un órgano esterior, y especialmente en el testículo.

Tratamiento.—El tratamiento es puramente paliativo.

DEL CÁNCER DEL ÚTERO.

El útero es sin contradiccion el órgano en que mas comunmente se observa la degeneracion cancerosa. Las notas estadísticas de Madame Boivin y Dugés, que se refieren á mas de setecientos casos, han probado que mas de la mitad de los cánceres que se observan en las mujeres, tienen su asiento en el útero.

En el órden de frecuencia proporcional, al útero siguen los ovarios y á estos las mamas, de lo que resulta que en la mujer el aparato de reproduccion es el mas espuesto á cánceres.

Anatomía patológica.—Pueden encontrarse en el útero todas las formas del cáncer; pero las mas frecuentes son el escirro, el encefaloides, y la forma ulcerosa. El cáncer coloides es muy raro.

Cuando el útero está escirroso, su tejido de un color blanco mas mate y agrisado, adquiere mayor dureza; generalmente es desigual y rechina al cortarle; por lo comnn va acompañado de un aumento mas ó menos considerable de volúmen; algunas veces, por el contrario, está su tejido encorchado, encogido y como atrofiado. Es preciso separar del cáncer las transformaciones cartilaginosas y óseas del tejido uterino, que algunos han considerado como una variedad del escirro; porque estas lesiones no tienen el curso del cáncer, ni producen mas accidentes que los que pueden resultar de un aumento de volúmen y de peso del útero.

En las mujeres que han sucumbido de resultas del carcinoma uterino, casi siempre se encuentra transformado el órgano, en totalidad ó en parte, en tejido encefaloides; el cuello y á veces parte del cuerpo, están destruidos por la ulceracion. La superficie de la úlcera está algunas veces dura y desigual, y otras cubierta de vegetaciones fungosas, rojizas, negruzcas, violadas, sanguinolentas, que muchas veces se desprenden á la menor traccion, tanto mas fácilmente, cuanto que suelen estar completamente esfaceladas. Estas vegetaciones llenan y distienden á veces la vagina, formando una masa que puede ser cinco ó seis veces mayor que el útero. La degeneracion puede estar limitada al cuello; pero generalmente se estiende á parte ó á la totalidad del órgano. En tal caso puede suceder como lo han visto varias veces Dugés y Boivin, que esté completamente obliterada la cavidad del órgano, no por la existencia de fungosidades, sino por efecto de la adherencia íntima y de una especie de fusion de las paredes entre sí.

Generalmente no está limitado el cáncer solo al útero, sino que invade mas ó menos los órganos inmediatos, como los ovarios, y especialmente la vagina, que puede hallarse transformada, en parte ó en totalidad, en un tejido duro, escirroso, ó bien, en lugar de un conducto flexible y dilatable, forma un tubo duro é inextensible. Es muy frecuente tambien que se propague la alteracion á las paredes recto-vaginal y vesico-vaginal, que en tal caso se presentan endurecidas, reblandecidas ó ulceradas; muchas veces hay en tales casos masas de tejido encefaloides en el centro de estas dos paredes, y pueden adquirir suficiente volúmen para estrechar y casi obliterar la cavidad del recto y de la vejiga. Si existe la alteracion cerca de la insercion de los uréteres, puede estar casi obliterado el orificio vesical de estos conductos, y la dilatacion considerable que en tal caso presentan hasta la pelvis, prueba que ha debido acumularse en ellos la orina. Por último, ulcerándose á veces estas masas, resulta que la vejiga y el recto comunican con la vagina, transformada entonces en una cloaca donde se mezclan la orina y las materias fecales.

En las mujeres que han sido víctimas, de cánceres uterinos con mucha frecuencia se encuentran infiltrados los miembros inferiores, y las venas de la pequeña pelvis, y particularmente las crurales por su parte superior, obstruidas por coágulos fibrinosos mezclados casi siempre con detritus canceroso. Las paredes de las venas están unas veces intactas y otras inflamadas. Puede suponerse que la materia cancerosa que se encuentra en estos vasos, ha penetrado en ellos

por absorcion; pero tambien puede admitirse, que habiéndose entorpecido la circulacion en estas venas por efecto de alguna compresion, ha esperimentado la sangre la transformacion cancerosa; porque se ha supuesto que este fluido derramado ó contenido aun en los vasos, pero privado de movimiento, puede convertirse en tejido encefaloides. Asi es probablemente como debe esplicarse la presencia del detritus canceroso en la parte superior de las venas crurales y safenas, al paso que están libres y permeables las de la escavacion pelviana.

Los ganglios linfáticos de la pelvis, los de la ingle, aunque con menos frecuencia, y hasta los mesentéricos, pueden algunas veces infiltrarse de materia cancerosa.

Síntomas y *curso.*—Si el cáncer uterino sobreviene en una mujer que tiene aun las reglas, los trastornos de la menstruacion serán generalmente los primeros síntomas que se observen: algunas mujeres tienen retardos; en otras son mas frecuentes los períodos menstruales y hasta se presentan dos cada mes; muchas veces hay hemorragias sumamente abundantes, ó bien se reduce la alteracion del flujo á una duracion mayor de lo regular. Muchas mujeres pueden conservar en el intervalo de dos períodos una pequeña exhalacion sanguínea sin olor ninguno; pero generalmente coexiste ó alterna con ella una leucorrea mas ó menos abundante, un flujo vaginal, unas veces blanco y otras amarillo. Cuando el cáncer afecta á una mujer que ha pasado ya de la edad crítica, suele presentarse de nuevo un flujo sanguíneo periódico por las partes sexuales sin ningun trastorno funcional. Sin embargo, en el mayor número de casos son irregulares estos flujos, constituyen comunmente verdaderas metrorragias á las cuales sucede una leucorrea.

La mayor parte de las enfermas no sienten dolores vivos, y se quejan únicamente de tirantez en las ingles, en la parte interna y superior de los muslos y en los lomos, ó de peso hácia el sacro, el epigastrio y la region anal. Estas sensaciones son mas penosas cuando están de pié ó andan: asi es que se fatigan pronto; y estos fenómenos se aumentan tambien durante la época menstrual. Hay enfermas que sienten entonces dolores agudos; algunas pueden cohabitar; pero en el mayor número es sumamente doloroso el cóito, el cual aumenta tambien el flujo sanguíneo, y provoca algunas veces verdaderas hemorragias. Los deseos venéreos varian mucho: en la mayor parte se conservan, en otras están abolidos, y en otras escitados por un prurito voluptuoso que se siente de continuo ó por intervalos en la vulva. Este fenómeno puede observarse aun en un período muy avanzado de la enfermedad. Algunas mujeres esperimentan tambien diversas sensaciones dolorosas hácia los pechos; por último, en algunas se reproducen antiguos accesos de histerismo. Las enfermas se quejan de malestar, mostrándose inquietas y preocupadas. Si entonces se reconocen por el tactar, se ve que el cuello uterino está voluminoso, duro, desigual muchas veces, abierto y doloroso al tacto. Puede estar limitada la alteracion á uno de los labios del hocico de tenca, ú ocupar los dos, y á veces invade parte ó la totalidad del cuerpo, el cual puede sobresalir entonces por encima del pubis donde se percibe por en medio de las paredes abdominales. Sin embargo, para juzgar bien del estado del cuerpo del útero, es necesario introducir el dedo en el recto, en cuyo caso se distingue por entre la pared recto-vaginal el cuerpo uterino duro, á veces desigual y doloroso. El tactar vaginal da ademas á cono-

cer que suele haber un prolapso, anteversion ó retroversion del útero; muchas veces contrae adherencias en estas posiciones viciosas. Cuando se trata de empujarle hácia arriba, se nota que es mucho mas pesado; á veces menos movible, y aun está enteramente enclavado, lo cual puede depender de su escesivo volúmen ó de adherencias morbosas que la fijan sólidamente á las paredes de la pelvis. El exámen con el speculum, menos importante en este caso que el tactar, solo permite apreciar mejor el volúmen y forma del cuello, y el estado de su superficie que casi siempre tiene un color blanco-apagado ó rojizo.

Segun va haciendo progresos la enfermedad, se hacen mas intensos los dolores; su asiento principal es en las ingles, las nalgas ó la region del sacro; son lancinantes, taladrantes ó sordos; el flujo blanco, aumenta; es seroso mezclado con sangre; tiene un poco de olor; las hemorragias son mas copiosas y casi contínuas, y se aumentan en la época de las reglas. La leucorrea es tambien mas copiosa, serosa y apenas albuminosa, como lo indica la poca rigidez que da al lienzo cuando se seca. Cuando este flujo seroso es considerable, le han considerado Dugés y *Madame* Boivin como un signo de que empieza á ulcerarse el cáncer. Cuando se destruyen los tejidos, es cuando empieza á desmejorarse el sugeto. La úlcera empieza siempre por el cuello, y se estiende mas ó menos rápidamente en profundidad y superficie. Introduciendo el dedo en la vagina se ve que uno de los labios ó ambos á la vez están destruidos; el dedo penetra en el cuello y el cuerpo, que están duros; los bordes se hallan dislacerados, endurecidos, cubiertos muchas veces de mamelones ó fungosidades que se desprenden y son arrastradas al esterior con una materia rojiza icorosa que exhala un olor fétido; muchas veces sobrevienen de cuando en cuando hemorragias graves, que probablemente dependen de erosion de los vasos.

Sin embargo el cáncer invade pronto y destruye las partes inmediatas: asi es que la vagina, endurecida y contraida, apenas permite la introduccion del dedo; puede ulcerarse y estenderse la úlcera hasta el peritoneo; mas comunmente se corroen y destruyen las paredes recto-vaginal y vesico-vaginal, y las infelices mujeres arrojan entonces por la vulva gases, heces y orina, cuyas materias acumuladas en la vagina como en una cloaca, favorecen la degeneracion de este conducto. A estos graves desórdenes suelen preceder dolores intensos en el ano y la vejiga, ganas continuas de orinar y de defecar, cuyas necesidades no satisfacen las enfermas sino á costa de infinitos padecimientos.

El cáncer uterino, como todas las afecciones análogas, casi siempre va acompañado desde el principio de enflaquecimiento y alteracion de la salud, aun antes que se declaren los dolores y las hemorragias. A medida que hace progresos la alteracion, se hacen penosas las digestiones, se pierde el apetito, y sobreviene diarrea; el cutis pálido, anémico, adquiere el color amarillo de paja; la cara se hincha, los miembros inferiores se infiltran á consecuencia de la formacion de coágulos sanguíneos en las venas crurales ó pelvianas; muchas veces se forma un derrame ascítico, como se observa con frecuencia cuando habiéndose propagado el cáncer á la vejiga, y afectando el orificio de los uréteres, se opone á que la orina baje á su reservorio.

En el cáncer uterino sobreviene comunmente la muerte poco á poco, en el último grado de marasmo y por los progresos de la caquexia cancerosa. Algunas mujeres sucumben en una época poco avanzada de la enfermedad, unas exán-

gües por efecto de la repeticion y de la abundancia de las hemorragias; otras en menor numero, aniquiladas por los dolores, que pueden, como Bayle ha visto varias veces, determinar convulsiones ó accesos de delirio en medio de los cuales exhalan el último aliento. Finalmente, algunas enfermas mueren de resultas de una peritonitis aguda, que sobreviene por la propagacion del cáncer hasta el peritoneo ó sus inmediaciones, ó bien porque, ulcerándose la vagina en el punto de su insercion al cuéllo, se verifica una perforacion, estableciéndose entonces la comunicacion entre la misma vagina y el peritoneo.

Tales son los síntomas mas comunes del cáncer uterino. A veces, sin embargo, la enfermedad, que como hemos dicho se halla caracterizada por trastornos tan manifiestos, existe por espacio de muchos meses casi en estado latente. Esto sucede principalmente en los casos raros en que la afeccion empieza por el cuerpo y no invade mas que á este. Lo mismo sucede, sin embargo, en el cáncer del cuello. Muchas veces encontramos el cuello ulcerado, destruido, reducido á putrílago en mujeres jóvenes y frescas, corrientes de reglas, que no sienten ningun dolor y tienen todas las apariencias de salud, y vienen á consultarnos por tener una hemorragia abundante, que es el único síntoma apreciable; pero no tarda en alterarse la constitucion. Los cánceres que han sido indolentes al principio, suelen producir despues dolores sumamente atroces.

Terminaciones.—Por lo comun la enfermedad tiene un curso progresivo. Unas veces es tan rápido que á los dos ó tres meses sobreviene la muerte; esto se observa principalmente en la forma fungosa y ulcerosa. Otras, por el contrario, principalmente en la forma escirrosa, tiene un curso lento la enfermedad; recorre sus períodos en muchos años; y aun en algunos casos, desgraciadamente muy raros, llegan las enfermas á una vejez muy avanzada, ora porque la afeccion permanezca estacionaria, ora porque el tejido del útero se haya atrofiado.

Esta es, en mi concepto, la única probabilidad favorable que queda á las enfermas; pues no creo que el cáncer uterino, sea cual fuere su forma, pueda resolverse nunca; á lo menos la ciencia no posee todavía ningun hecho auténtico de ello; tampoco se ha visto que la parte cancerosa mortificada se separe á consecuencia de una inflamacion eliminatoria, y deje en su lugar una úlcera simple, susceptible de cicatrizarse. Este modo de terminacion, aunque poco frecuente, se ha observado algunas veces en los cánceres esternos.

Duracion.—La duracion media del cáncer uterino ha sido de diez y seis á diez y ocho meses en los casos que yo he analizado, resultado que difiere poco del que ha indicado el doctor Levert quien en ciento siete casos ha observado que la duracion media fue de veinte meses, la mínima de tres, y la máxima de sesenta y seis. M. Lebert dice, que diez y seis meses espresan la duracion media de la enfermedad en los casos que él ha analizado.

¿Es posible la fecundacion?—El cáncer del cuello del útero dificulta la fecundacion oponiéndose á la introduccion del licor seminal: sin embargo, es posible la concepcion aun cuando la degeneracion cancerosa haya invadido el cuello y parte del cuerpo, y presente ya la mujer signos de caquexia. *Madame* Lachapelle cita tambien muchos casos de preñez llegada á término, á pesar de existir un cáncer uterino; pero este, en razon de su dureza, puede dificultar el parto, y muchas veces hay que dividirle con el instrumento cortante para que

salga el feto. Es raro que las criaturas nacidas en estas condiciones puedan vivir; la mayor parte nacen muertas, y las otras mueren á poco de nacer. Esto se esplica no solo por el estado del útero, sino tambien por las hemorragias graves que han sobrevenido durante la preñez. Sin embargo, en el mayor número de casos, oponiéndose el cáncer al desarrollo del útero, impide que llegue á su término la preñez: casi todas las mujeres que se hallan en tales circunstancias abortan, y la enfermedad del útero sigue despues un curso mas rápido hácia una terminacion funesta. El hombre no corre riesgo alguno grave cohabitando con una mujer que padezca un cáncer del útero: cuando mas podrá contraer un flujo benigno ó un herpes *præputialis*; pero no hay temor ninguno de que contraiga un cáncer del miembro.

Diagóstico.—Las hemorragias, la leucorrea, los dolores en los lomos y en el sacro, y la tirantez en las ingles son signos puramente racionales, que siendo comunes á muchas afecciones del útero, no pueden por sí solos caracterizar la degeneracion cancerosa. Es, pues, indispensable esplorar el útero por medio del speculum, y particularmente por el tactar que suministra datos mas completos. Por otra parte, este último medio de esploracion siempre es posible, al paso que tenemos que abstenernos del primero siempre que participe de la alteracion la vagina, pues la introduccion del speculum en semejante caso ha producido algunas veces roturas de este conducto. Los signos racionales mas importantes en el cáncer del útero, son las hemorragias y la leucorrea; en efecto, la metrorragia que persiste y se reproduce, como hemos dicho anteriormente, siempre es sintomática, y únicamente puede depender de un pólipo y mas comunmente de un cáncer: de la misma manera el flujo blanco, que es seroso, muchas veces teñido de sangre, y que exhala un olor fétido, debe hacer sospechar un cáncer y probablemente un cáncer ulcerado. El flujo tiene tanto mas valor, cuanto que, cuando presenta estos caracteres, ya está acompañado de enflaquecimiento y de un color amarillo, que no se encuentra ó á lo menos no existe en el mismo grado en ninguna otra afeccion del útero. En todos los casos es preciso, como ya hemos dicho, esplorar las mujeres con el speculum y con el tactar; porque, si los accidentes que se observan dependen de un pólipo, el dedo dará á conocer en el cuello ó por medio del orificio dilatado, un tumor indolente, pediculado, separado y distinto del orificio uterino. Si el tumor se halla aun contenido en el útero, se sospechará su existencia por las hemorragias graves que sobrevienen, y porque el tactar por la vagina y por el recto no dan á conocer ninguna alteracion de testura, ni hácia el cuello ni hácia el cuerpo del útero. Por el tactar, y principalmente con el speculum, se distinguirán, fácilmente las úlceras simples y las exulceraciones de la metritis granulosa y de las úlceras cancerosas; porque las primeras son superficiales, tienen los bordes poco prominentes, y la superficie ligeramente granulosa y roja, al paso que la úlcera cancerosa tiene los bordes levantados, cortados perpendicularmente y duros, y la superficie, de un color rojo oscuro, está erizada de pezoncillos duros, ó cubierta de fungosidades. La mayor dificultad consiste en distinguir el escirro de la induracion crónica simple, pero ya hemos hablado de este punto al tratar de la *metritis crónica*. Agréguese á lo dicho que en los casos raros en que el cáncer no ataca mas que el cuerpo y respeta el cuello, puede vacilarse largo tiempo. Sin embargo, las hemorragias, que son raras en la metritis, son, al contrario, frecuentes en el

cáncer. El volúmen del tumor, sus desigualdades, los dolores mas vivos que sienten las enfermas, y el enflaquecimiento que sobreviene rápidamente, son otras tantas circunstancias que permitirán distinguir una metritis paranquimatosa de un cáncer del cuerpo. Inútil es recordar que el volúmen del hocico de tenca, varía mucho en el estado normal segun las personas, y que los partos repetidos producen en él grietas y fisuras, que no deben confundirse con las morbosas.

Por último, debo llamar la atencion de los prácticos acerca de un signo precursor de los cánceres uterinos, indicado por Montgomery en 1843, en un trabajo publicado por este médico en *Dublin medical Press*: este signo se funda en el estado de las glándulas ó vesículas vulgarmente llamadas huevos de Naboth. Depositándose en estas vesículas y en sus alrededores la materia cancerosa, da lugar á una multitud de pequeñas induraciones, que pueden compararse en conjunto á perdigones ó á granos de arena. Mas adelante, cuando se ha aumentado su tumefaccion, adquiere el cuello un aspecto desigual y abollado.

Pronóstico.—El pronóstico siempre es grave por ser el cáncer uterino una afeccion incurable; pero hay algunas circunstancias, que acelerando el término fatal, aumentan la gravedad del mal: tales son las hemorragias repetidas, y la propagacion del cáncer á los órganos inmediatos. La forma encefaloidea y la ulcerosa son mucho mas malignas que el escirro.

Etiología. — Segun los datos estadísticos de que somos deudores á Dugés y á *Madame* Boivin, el máximum de frecuencia del cáncer uterino es de los cuarenta á los cincuenta años, despues viene el período de veinte á treinta, y en tercer lugar de treinta á cuarenta. Sin embargo, en los casos que yo he visto, ha sido mas comun la enfermedad de treinta á cuarenta años que de veinte á treinta, y este resultado está conforme con el que ha indicado el doctor Lever en las *Transactions médico-chirurgicales de Londres* de 1839. Sea como quiera, todos están conformes en que el cáncer uterino tiene su máximum de frecuencia hácia la edad crítica, en la época en que desaparecen los menstruos. Esta afeccion es muy rara despues de los cincuenta y ocho años; y lo es mucho mas, segun Dugés y *Madame* Boivin, que antes de la adolescencia, lo cual no está demostrado en mi concepto, aunque estos autores hayan encontrado, entre cuatrocientas nueve mujeres afectadas de cáncer del útero, doce que no llegaban á veinte años. Sin razon se ha considerado el celibato como causa predisponente del cáncer. Está por el contrario demostrado, por los hechos que ha analizado el doctor Lever, que es mucho mas comun la enfermedad en las mujeres que han parido; pero no parece que están mas espuestas cuanto mayor ha sido el número de hijos que hayan tenido. Generalmente se cree de acuerdo con Dugés y *Madame* Boivin que los abortos y frecuentes desarreglos de la menstruacion, predisponen mucho al cáncer uterino, y las investigaciones de Lever lo han confirmado. En efecto, este médico ha notado ciento veinte y dos abortos en las ciento trece mujeres cancerosas que habian tenido hijos, y ha encontrado trastornos de la menstruacion (amenorrea ó dismenorrea) sesenta y nueve veces por ciento. Sin prueba ninguna se ha dicho que era mas comun el cáncer uterino en las mujeres públicas que en las demás. Muchas veces se desarrolla la enfermedad bajo la influencia de una predisposicion hereditaria y de

penas morales prolongadas. En su apreciable tratado del cáncer del útero, M. Teallier considera como mas especialmente predispuestas á estas enfermedades, las mujeres dotadas de un esceso de sensibilidad moral y de una irritabilidad suma. Inútil es decir que para el útero, lo mismo que para el estómago y el hígado y los riñones, hay independencia completa entre la inflamacion aguda y crónica y el desarrollo del cáncer. El tiempo ha desvanecido el error de los que consideraban el cáncer como la consecuencia ó la reliquia de un trabajo flegmásico anterior.

Tratamiento.—Los sugetos que pretenden haber curado cánceres uterinos con los antiflogísticos, fundentes, narcóticos, y esa multitud de remedios, inertes unos, venenosos otros, que tanto se han encomiado y tan bien ha esplotado el charlatanismo, se han engañado á sí mismos. Muchos, queriendo tratar los cánceres uterinos como los esternos, han propuesto destruirlos con el cáustico ó estirparlos con el instrumento cortante. La cauterizacion solo es admisible cuando el cáncer está limitado al hocico de tenca y puede destruirse con una ó dos aplicaciones: conviene principalmente en la forma ulcerosa, ó cuando está caracterizada la enfermedad por vegetaciones fungosas; pero no creemos prudente aplicar el cáustico á un cuello escirroso. No debe olvidarse que la cauterizacion, especialmente cuando se repite con frecuencia, espone á que se estienda el cáncer al resto del órgano con una rapidez espantosa. En los pocos casos en que está indicado el cáustico, se empleará la pasta de Viena sólida y en forma de cilindro por el procedimiento del doctor Filhos. Tambien se ha recurrido al instrumento cortante contra el cáncer del útero. La mayor parte se han limitado á amputar el cuello cuando la afeccion estaba circunscrita á él; pero algunos han tenido la temeridad de estirpar el órgano entero en los casos en que el cuerpo participaba de la alteracion del cuello. Aunque acaso no nos pertenezca juzgar aquí de semejantes operaciones, diremos, que en nuestro concepto son irracionales en teoría y mortíferas en la práctica, mas mortíferas aun de lo que se dice, pues es desgraciadamente cierto que el mal éxito se ha ocultado muchas veces, y algunos han llevado la impudencia al estremo de querer hacer pasar por victorias sus derrotas.

M. Montgomery cree que se puede combatir eficazmente la alteracion que hemos indicado, considerada por él como primer período del cáncer. Quiere que se recurra á la aplicacion de sanguijuelas sobre el cuello, á los fomentos emolientes y á los baños locales; despues, si está muy exagerada la sensibilidad de la parte, se toca con una disolucion de azoato de plata.

Resulta, pues, que el tratamiento del cáncer uterino, escepto en algunos casos muy raros, debe ser enteramente paliativo. Antes de todo es preciso tranquilizar el espíritu de las enfermas, dispuestas siempre á alarmarse con los accidentes que sobrevienen en los órganos sexuales. Se las colocará en las mejores condiciones higiénicas posibles, y despues se combatirán los accidentes predominantes. Los dolores, la fetidez del flujo y las hemorragias son los tres síntomas que mas las incomodan. Los dolores se calman con los narcóticos, particularmente con el opio administrado por la boca, en lavativas, ó bien en supositorios; tambien se hacen inyecciones en la vagina con cocimientos de plantas estupefacientes, como el beleño, la belladona y el estramonio. La cantidad de remedios será proporcionada á la intensidad de los dolores, y cuando

se calmen estos, se suspenderán aquellos, pues sucede muchas veces que dolores atroces se alivian y aun cesan espontáneamente ó á consecuencia de una grande hemorragia. Estos dolores, dependientes al parecer de un estado de congestion del útero, que se aumentan cuando se aproximan las hemorragias, se resisten á veces á grandes dosis de opio, y se moderan con la aplicacion de ventosas ó sanguijuelas á las regiones inguinales y sacra. Las emisiones sanguíneas locales convienen tambien en los dolores de orígen inflamatorio, y que dependen de una peritonitis parcial ó del desarrollo de los ganglios inguinales. Por último, hay dolores rebeldes que ceden momentáneamente á la aplicacion de un vejigatorio alrededor de la pelvis. Las hemorragias se combaten con el reposo, y el decúbito horizontal en un plano inclinado, en cuya parte mas alta se coloca la pelvis; las bebidas acídulas y astringentes, la limonada sulfúrica, la ligadura de los miembros, las aplicaciones frias, las inyecciones vaginales, y las lavativas frias, tambien son medios á propósito para contener las hemorragias sintomáticas de un cáncer uterino. En los casos estremos se podrá recurrir á la obturacion ó al cauterio actual. Por último, para corregir el olor fétido del flujo se hacen algunas inyecciones ligeramente cloruradas. Otros emplean tambien agua de carbon ó de hollin, la solucion de creosota y el ácido piroleñoso.

DEL CÁNCER DE LOS OVARIOS.

El cáncer en el ovario es rara vez una afeccion primitiva, pues coexiste casi siempre con la hidropesía enquistada. El encefaloides es la forma cancerosa que mas comunmente se encuentra en los ovarios.

El primer síntoma apreciable es el desarrollo de un tumor en la parte inferior y lateral del vientre. Este tumor crece con mas ó menos rapidez. Desigual en su superficie, que es mas ó menos blanda y algunas veces fluctuante, se presenta como macizo á la percusion, y es comunmente el centro de dolores sordos ó agudos. Cualquiera que sea el estado local, las mujeres no tardan en ponerse flacas, decaen y ofrecen todos los rasgos de la caquexia cancerosa, y al mismo tiempo, á consecuencia de la compresion que ejerce el tumor en las venas de la cavidad abdominal, se ve frecuentemente sobrevenir una ascitis y ponerse edematosas las estremidades inferiores.

El cáncer puede no dejarse conocer cuando afecta un ovario que adolece al mismo tiempo de una hidropesía enquistada; no obstante, si se fija la atencion en la dureza y desigualdades que el tumor presenta en algunos puntos, en los dolores vivos que de él parten, en el enflaquecimiento de las enfermas, circunstancias que no se notan comunmente al menos en los quistes simples, nos pondremos en camino de reconocer la naturaleza de la afeccion. Necesario es no dejarse engañar por tumores fibrosos que, desenvueltos en el mismo tejido uterino, dan á este órgano un volúmen considerable y le vuelven duro y desigual; pero en este caso faltan los dolores y signos de caquexia que acompañan á las producciones cancerosas.

El tratamiento es esclusivamente paliativo. No solo es menester calmar los dolores á beneficio de sedativos, sino que si coexiste una hidropesía enquistada, deberá procederse á la puncion del tumor.

DE LA MELANOSIS.

La *Melanosis* es una produccion accidental que tiene por carácter distintivo un color negro mas ó menos subido.

Historia.—No parece, segun M. Cazenave lo ha demostrado, que se haya hecho mencion de la melanosis antes de mediados del siglo XVII. Bonnet, Morgagni, Haller y Lorry la conocian; pero no fue debidamente estudiada hasta principios de este siglo, en que fijó la atencion de Bayle, Dupuytren, y sobretodo Laënnec, el cual le dió el nombre que lleva, y la describió como un tejido accidental. Varios médicos hicieron mas adelante sobre el particular algunas investigaciones, debiendo citar especialmente un trabajo de Breschet, publicado en 1821, otro de MM. Trousseau y Leblanc, inserto siete años despues en los *Archives de médecine*; el artículo que M. Andral dedicó á la melanosis en el primer volúmen de su *Anatomie pathologique*, y el que M. Cazenave compuso para el tomo XIX del *Dictionnaire de médecine*, en el cual se encuentra perfectamente reunido cuanto se sabe de positivo sobre esta alteracion. Mencionaremos para terminar la excelente tesis del doctor Laurens (1833).

Divisiones.—La melanosis se encuentra rara vez sola. Casi siempre se presenta unida con otros tejidos accidentales, particularmente con el cáncer. Puede existir bajo diferentes formas: 1.° en estado de masas mas ó menos voluminosas, enquistadas ó no; 2.° en estado de infiltracion de los tejidos; 3.° esparcida bajo la forma de capas mas ó menos gruesas en la superficie libre de los órganos membranosos, con especialidad del peritoneo: 4.° últimamente, puede existir en estado líquido. Esta clasificacion, que es la de M. Andral, es tambien la que ha adoptado M. Cazenave para su artículo; y se diferencia de la de Laënnec, en que este ilustre médico solo reconoce tres especies de melanosis, pues no admite la líquida.

Anatomía patológica.—1.° *Melanosis en masa.*—La melanosis en masa, dice Laënnec, se presenta en dos estados distintos; en estado de *crudeza* y de *reblandecimiento*. En el estado de crudeza tienen las masas melanósicas un color moreno-amarillento, de hollin ó de tinta; y espachurradas entre dos papeles, las dan el color que les daria la tinta china. Sus formas son muy variadas, pero generalmente esféricas; su volúmen varía desde el de un grano de mijo hasta el de una naranja; y muchas veces se deprimen espontáneamente y vuelven luego á recobrar su tamaño habitual (Cazenave). Unas son lisas, otras desiguales, mamilosas, sembradas de asperezas, que les dan alguna semejanza con las moras; otras son lobuladas, y cada una de las divisiones está separada por tejido celular, ó bien parecen formadas por una reunion de láminas de hojas sobrepuestas y colocadas de canto. Unas tienen la consistencia del sebo, otras la de los ganglios; tambien se han comparado con las criadillas de tierra, y en efecto, suelen tener mucha semejanza con este tubérculo por su color y consistencia.

Hemos dicho que Laënnec habia admitido en la melanosis un período de reblandecimiento, y segun él, se verifica este del centro á la circunferencia, y acaba por transformar la produccion morbosa en una especie de pulpa ó papilla negruzca; entonces es cuando se establece un trabajo inflamatorio alrededor

del cuerpo estraño, que produce su eliminacion, dejando en su lugar una cavidad ulcerosa de mayor ó menor estension. Preciso es, sin embargo, convenir con MM. Andral y Cazenave, en que este reblandecimiento es muy raro, y no deben considerarse como ejemplos de melanosis reblandecidas, los hechos que refiere Bayle en su obra (Observ. XX y XXI); porque todo indica que la melanosis solo era en estos casos una alteracion secundaria, que coexistia con tubérculos ó con una dilatacion bronquial. Ya hemos dicho que la melanosis podia estar enquistada ó no; este último caso es mucho mas frecuente; pero ni en uno ni en otro se encuentra en la melanosis el menor vestigio de organizacion, y siempre es un producto completamente inorgánico.

2.° *Melanosis infiltrada.*—Se dice que está infiltrada la melanosis cuando un órgano, sea en totalidad, sea en parte, presenta un color negro dependiente de la infiltracion del tejido por la materia melanósica. Se observa esta forma con especialidad en los pulmones y en los ganglios bronquiales, y siempre que existe suelen estar los órganos endurecidos. M. Andral cree, y está bastante generalizada esta idea, que en el mayor número de casos es independiente la induracion del color negro, y que es un simple resultado de una flegmasía crónica: en tal caso el color melanósico es un simple accidente de la enfermedad. Tambien debe referirse á la melanosis infiltrada el color negro que adquieren á veces algunas producciones accidentales, y con especialidad los tubérculos y el cáncer.

3.° *La melanosis puede depositarse, en forma de capas, en la superficie libre de muchas membranas, y especialmente de las serosas.*—No es raro encontrar en la superficie del peritoneo, en los sugetos muertos de resultas de una peritonitis crónica, tuberculosa ó simple, una capa de materia negra: sin embargo, casi siempre, si se quita esta capa, se ve que tiene todos los caracteres de las falsas membranas de las serosas, de las cuales solo se diferencia por su color, de suerte que puede decirse de acuerdo con M. Andral, que muchas producciones melanósicas, colocadas en esta clase, deben pertenecer á la anterior, puesto que, en último resultado, solo son falsas membranas negras, ó infiltradas de melanosis. Nosotros (lo mismo que M. Andral) jamás hemos encontrado este color negro en las falsas membranas de la pleura y del pericardio, y sí solo en las del peritoneo.

4.° *Melanosis líquida.*—Se ha encontrado materia melanósica líquida en las cavidades cerradas naturales ó accidentales, ó en las mucosas; pero es muy raro.

Composicion química.—La melanosis es inodora; tiene un sabor poco marcado, se mezcla con el agua y con el alcohol, entra lentamente en putrefaccion y se carboniza esparciendo un olor empireumático. Aunque se ha analizado diferentes veces, nunca se ha encontrado en ella ninguna materia colorante especial. Segun Barruel, consiste principalmente la melanosis en un depósito de la materia colorante de la sangre unida á la fibrina, pero encontrándose una y otra en un estado particular. Ademas indica este ilustrado químico la existencia de tres materias grasientas bien distintas. Pero M. Andral sospecha si, en vez de pertenecer estas á la melanosis, serán procedentes del tejido del órgano en que se ha desarrollado esta produccion, ó de un producto accidental con que se haya combinado.

Naturaleza de la melanosis.—De lo espuesto resulta que la melanosis no es un *tejido* análogo al cáncer, como habia dicho Laënnec. Habiendo la química encontrado en ella en grandes cantidades la materia colorante de la sangre, ó sus elementos mas ó menos modificados, han deducido de ello MM. Breschet y Barruel, con razon hasta cierto punto, que esta produccion morbosa no era mas que sangre modificada. Con arreglo á esta teoría seria preciso suponer que la sangre exhalada ó derramada en los tejidos ó en la superficie de los órganos puede esperimentar ciertas modificaciones, que darian por resultado su transformacion en melanosis; pero semejante opinion, aunque probable, no está todavía demostrada.

M. Lebert, despues de haber examinado la melanosis con el auxilio del microscopio, establece que ni es un tejido especial ni una materia amorfa é inorgánica, sino pigmento negro que bajo la forma de glóbulos ó granos se deposita en las células normales ó patológicas (1).

Melanosis considerada en los diversos tejidos.—Casi no hay ningun tejido ni órgano en que no pueda encontrarse la materia melanósica; pero no es igualmente frecuente en todos los tejidos ni en las diversas partes de uno mismo. Se ha encontrado algunas veces en el tejido celular subcutáneo, especialmente en los puntos en que es mas flojo; es mas rara en el tejido celular submucoso, como tienden á probarlo varios ejemplos citados por MM. Andral y Cruveilhier, y en el subseroso, igualmente que en el que separa las fibras musculares, y en el que está amontonado en diferentes partes del cuerpo. Chomel refiere la historia de un enfermo que tenia en el fondo de la órbita un tumor melanósico, y presentaba idénticas producciones en los pulmones y en el hígado.

Estas masas melanósicas, que tienen su sitio en el tejido celular subcutáneo ó submucoso, á proporcion que van creciendo, distienden la piel y la mucosa, y al cabo la desgastan produciendo úlceras, por las cuales fluye una materia negruzca mezclada con sangre y pus.

Muchos profesores, y especialmente Biett y Breschet, han visto el tejido de la piel infiltrado de melanosis, y mas á menudo se han encontrado algunas membranas serosas impregnadas de la misma materia, especialmente cuando padecen una inflamacion crónica. Pero es preciso saber que todavía es mas comun que la melanosis, que parece ocupar las membranas serosas, resida en el tejido celular subyacente, y en las falsas membranas que las tapizan interiormente.

Las membranas mucosas, especialmente la digestiva, se encuentran impregnadas de materia melanósica con mas frecuencia que las serosas; y en tal caso puede existir dicha sustancia en el tejido celular ó bien en la superficie libre.

Se ha observado tambien la melanosis en el espesor de las arterias, derramada entre las túnicas interna y media, en el mismo sitio en que existe la materia ateromatosa; pero no se ha visto igual disposicion en el tejido venoso, pues únicamente se ha observado en él la melanosis en estado líquido, en la cara interna de las pequeñas ramificaciones; MM. Breschet, Cruveilhier y Andral refieren hechos de esta especie.

Los tejidos fibroso y cartilaginoso rara vez han presentado vestigios de me-

(1) *Physiologie pathologique*, t. II.

lanosis; lo mismo sucede con el tejido huesoso. En cuanto al tejido muscular, no tenemos noticia de ningun caso en que las mismas fibras se hayan visto invadidas por la materia melanósica; pues casi siempre está simplemente infiltrada en el tejido celular intersticial.

Si recorremos los diferentes órganos parenquimatosos, vemos que no todos presentan la melanosis con igual frecuencia: esta produccion es muy comun en los pulmones en los cuales existe en masa ó infiltrada, ora en el parénquima, ora en las producciones accidentales que se forman en él, especialmente en los tubérculos. No debe olvidarse que la coloracion negra existe comunmente con una induracion del tejido, la cual constituye entonces la lesion primitiva. Nos inclinamos, pues, á creer con M. Andral, que la induracion negra del pulmon no es en muchos casos mas que una forma de la pneumonia crónica. En este caso es enteramente independiente la induracion del color negro; y este no se encuentra sino secundariamente, y á consecuencia probablemente de una alteracion en la naturaleza de la sangre estravasada.

Muchas veces se observa en los pulmones otro color negro que suele ser constante en los viejos, del cual hemos hablado con alguna estension al tratar de las concreciones pulmonales, y que no tiene relacion ninguna con la melanosis; pues segun las investigaciones de M. Nat. Guillot, parece formado por un depósito espontáneo de carbon que se verifica durante la vida: y que en algunos casos puede proceder del esterior, como lo prueban algunos hechos observados en Inglaterra y en Francia.

Rara vez se ha encontrado la melanosis en los ovarios, las mamas, el cuerpo tiroideo, el bazo, el hígado y los riñones. Solo tenemos noticia de un ejemplo de melanosis del cerebro, observado por Biett, cuya historia sobre manera curiosa ha publicado el doctor Behier en los *Archives* de 1838. Muy rara vez invade la melanosis aisladamente un órgano; y generalmente se encuentra á la vez en mayor ó menor número de tejidos, como si existiese una especie de diátesis melanósica.

La melanosis no produce ningun síntoma propio: los diversos accidentes que la acompañan dependen, dice M. Cazenave, en los casos de melanosis infiltrada, de los desórdenes inflamatorios que producen la enfermedad. Cuando esta modificacion de tejido acompaña á las otras producciones accidentales, deben referirse los accidentes á estas últimas. Finalmente, hay ciertos casos en que la melanosis es la causa de los fenómenos que se observan; y son aquellos en que se opone mecánicamente á las funciones del órgano, en cuyo caso obra como cualquier otro cuerpo estraño. Cuando no existe ninguna de estas circunstancias, puede nacer y desarrollarse la melanosis en un tejido, sin que se revele su existencia por ningun accidente ni fenómeno morboso, local ó general.

Podrá sospecharse que los trastornos que se notan en las vísceras dependen de la presencia de masas melanósicas, cuando se vean producciones de estas en uno ó varios puntos de la superficie del cuerpo.

Nada se sabe acerca de las causas ni del tratamiento de la melanosis.

NOVENA CLASE DE ENFERMEDADES.

DE LAS NEUROSIS.

La palabra *neurosis*, creada por Cullen, sirve para designar unas enfermedades apiréticas, intermitentes, caracterizadas por diversos trastornos del sistema nervioso, especialmente de la contractilidad y motilidad, sin lesion alguna material *apreciable*.

Bajo el nombre de enfermedades nerviosas solo comprendian los antiguos el histerismo y la hipocondría; los demás trastornos nerviosos, precisamente á causa de su movilidad, de su variedad y poca semejanza, se encontraban separados y diseminados en otras muchas clases, como podemos ver leyendo las nosologias de Sauvages, de Linneo y de Vogel. Cullen fue, por decirlo asi, el que creó la clase de neurosis, las asignó caracteres particulares distintivos, y las dió el nombre que conservan en el dia.

Caracteres de las neurosis.—Las neurosis son, como dejamos dicho, unas afecciones apiréticas. No es seguramente poco notable ver que en medio de los desórdenes mas graves de la sensibilidad y de la inteligencia, la temperatura permanece intacta y el pulso conserva su frecuencia. Sin embargo, en las neurosis que precipitan los movimientos musculares y que encadenan las funciones respiratorias como la epilepsia, se nota comunmente un trastorno en la circulacion; pero este es momentáneo y se esplica por las perturbaciones mismas de la hematosis. Las neurosis son notables por su intermitencia, por su curso irregular, por su larga duracion, por sus frecuentes recidivas, y por la salud en apariencia perfecta de que gozan los enfermos en el intervalo de las crisis. En esta clase de enfermedades es grande el desacuerdo que existe entre las funciones de la vida de relacion y las de la vida orgánica. Las primeras, con efecto, presentan trastornos profundos, que parecen muy graves, al paso que en las segundas no suele observarse ninguna modificacion. En medio de dolores atroces que arrancan gritos á los mas resignados, despues de convulsiones violentas que ponen la vida en peligro, ó bien entre los desórdenes mas graves y mas variados de la inteligencia, se ve la respiracion, la circulacion, la digestion, la nutricion verificarse con la regularidad que en un individuo cuya salud es perfecta. Entre las secreciones solo ofrece alguna modificacion la de la orina, que, despues de ciertos ataques nerviosos, es mas abundante, y al mismo tiempo mas acuosa, mas descolorida y menos cargada de sales.

Uno de los caracteres mas importantes de las neurosis consiste en que son, como decian los antiguos, enfermedades *sin materia*, es decir, que por graves que sean y aunque hayan ocasionado la muerte, ó bien cuando sobreviene esta por una afeccion independiente de los centros nerviosos, no se encuentra en estos órganos ninguna alteracion apreciable de color, de volúmen ni de consistencia. No es esto decir que no exista jamás lesion; al contrario, esta se encuentra frecuentemente, pero es secundaria y constituye uno de los

accidentes de la enfermedad. Asi es que cuando la hematosis se ha trastornado profundamente, se observan estagnaciones venosas ó congestiones pasivas que son la consecuencia del trastorno de la respiracion, pero que nada tienen que ver con la neurosis propiamente dicha. Eso es lo que veremos mas particularmente en la epilepsia. Algunos enfermos, sin embargo, que han sucumbido en el curso de una neurosis, presentan al someter sus cadáveres á la autopsia, lesiones graves, antiguas, como reblandecimiento ó tumores varios. Pero estas son complicaciones accidentales que agravan siempre al pronóstico de la neurosis y comunicando á esta cierto sello de incurabilidad: tales son, por ejemplo las afecciones orgánicas del corazon y de la aorta que acompañan algunas veces la angina de pecho. Me refiero esclusivamente á las lesiones de los sólidos, no pudiendo decir otro tanto de las de la sangre y sobre todo de de la disminucion del elemento globular de este líquido, que existe frecuentemente como causa primera y única de ciertas neurosis, entre las cuales citaré principalmente las neuralgias.

Asi, pues, fue un error muy grave el que cometió Broussais al considerar las neurosis como dependientes de una flegmasia del cerebro, ó como simpatías morbosas provocadas por la inflamacion. En efecto, la anatomía patológica desmiente semejante doctrina, que ha sido abandonada hasta por los partidarios de la escuela fisiológica, pues M. Roche admite la existencia de las neurosis con los caracteres asignados por Cullen; pero queriendo suplir los resultados negativos de las autopsias con una idea enteramente hipotética, supone que estas enfermedades son *irritaciones nerviosas producidas por un acúmulo preternatural del fluido nervioso*, opinion gratuita que no puede demostrarse, y capaz tal vez de hacer estraviar por una mala senda la terapéutica de las neurosis.

Creemos deber limitarnos ahora á indicar los caracteres generales de las neurosis. Ocioso seria presentar generalidades sobre sus causas, síntomas, curso, terminaciones y tratamiento. Constituyen especies numerosas y harto distintas; ofrecen fisonomías demasiado diferentes y son demasiado variadas y desemejantes las causas que las producen para prestarse á una descripcion general que pueda ofrecer algun interés.

Divisiones.—Adoptaremos para el estudio de las neurosis, con ligeras variaciones, el órden que sigue M. Andral en sus cursos, dividiéndolas en cinco grupos. En el primero se encuentran las neurosis caracterizadas principalmente por un dolor vivo como las neuralgias, á las cuales podríamos agregar aquellas cuyo principal síntoma consiste en la disminucion ó en la perversion de la sensibilidad. En un segundo género colocamos las neurosis caracterizadas por una lesion de los movimientos, que ya son exagerados, como en las convulsiones, ya desordenados, como en la corea, ya anulados completamente como en la parálisis. En el tercero, colocamos las que producen un trastorno de la inteligencia, tales como las diferentes especies de delirios. En el cuarto, hablaremos de las neurósis que producen un trastorno simultáneo en todas las funciones, como la epilepsia, y en el quinto y último, nos cuparemos de las lesiones especiales á algunos órganos.

PRIMER GENERO DE NEUROSIS.

DE LAS NEUROSIS CARACTERIZADAS ESPECIALMENTE POR UN INTENSO DOLOR.

De las neuralgias en general.

La palabra *neuralgia*, propuesta por Chaussier hace cerca de medio siglo, se emplea para designar una enfermedad caracterizada por un dolor comunmente intenso, exacerbante, continuo é intermitente, que tiene su asiento en un nervio, sin que se observe en este ninguna lesion material apreciable.

Historia.—Aunque en los tratados antiguos de medicina, y principalmente en los libros de Hipócrates, de Celso y de los Arabes, se encuentran algunas descripciones que parecen referirse á las neuralgias, especialmente á la ciática, y tal vez á la facial, es preciso, sin embargo, llegar hasta mediados del siglo último para encontrar indicaciones exactas y descripciones bastante completas de algunas neuralgias. En tal época fue en efecto cuando aparecieron las investigaciones de André sobre las neuralgias faciales (1756), y las de Cotugno sobre la ciática (1765).

Resulta, pues, que los conocimientos de los médicos de una época bastante próxima á la nuestra, se limitaban á algunas nociones muy incompletas acerca de dos neuralgias solamente. En este estado se encontraba la ciencia, cuando Chaussier, en 1801, guiado por sus conocimientos anatómicos, publicó un cuadro sinóptico, en el cual este célebre médico, reuniendo todas las afecciones dolorosas de los nervios céfalo-raquidianos, trazó sus principales caracteres con toda exactitud. Desde entonces no ha dejado de hacer progresos la historia de las neuralgias, y se han agregado ademas á este órden de enfermedades, muchas afecciones dolorosas de las vísceras, que antiguamente se confundian con las enfermedades vaporosas. En nuestra época se han ocupado tambien de las neuralgias muchos observadores distinguidos; mereciendo particular mencion los interesantes trabajos de M. Jolly, especialmente respecto de las neuralgias viscerales, en el *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Finalmente, M. Valleix ha publicado hace pocos años una obra acerca de las afecciones dolorosas de los nervios, que tendremos ocasion de citar á menudo, pero en la cual solo habla de las neuralgias de los nervios de la vida de relacion.

Anatomía patológica.—Si bien en algunos casos se han encontrado los nervios afectados de neuralgia con diversas alteraciones, unos atrofiados, otros hipertrofiados, y algunos degenerados, ó bien simplemente inyectados é inflamados, preciso es confesar que estos casos son escepcionales y muy raros. En efecto, todos los autores están conformes en el dia, en que las neuralgias solo consisten en trastornos funcionales, sin alteracion material *apreciable* de los órganos. Esta falta de lesion se encuentra aun en los casos en que la neuralgia ha existido con grande intensidad y casi sin interrupcion por espacio de muchos años. ¿Existe entonces algun fenómeno íntimo, molecular, que modifica mo-

mentáneamente la estructura del nervio? Es posible y hasta probable; pero esta modificacion nos es enteramente desconocida.

Síntomas.—El dolor es el síntoma predominante, y muchas veces el único de las neuralgias; es *espontáneo ó provocado* por la presion que se ejerce á su nivel. El primero se presenta bajo dos formas que suelen encontrarse en un mismo sugeto. A veces es solo un dolor contusivo, sordo, tal como ha sido descrito por Cotugno; no siempre tiene el mismo grado de intensidad, pues en algunas ocasiones consiste solo en un leve estupor que apenas llama la atencion de los enfermos, al paso que en otros casos son *punzadas*, mas ó menos violentas, que con razon merecen el nombre de *rayos de dolores*. Ora parecen atravesar los tejidos en una grande estension, y propagarse por las diversas ramificaciones del nervio; ora, por el contrario, están circunscritos á uno ó varios puntos, que constituyen muchas veces, como ha demostrado M. Valleix, verdaderos *centros ó focos* de donde parte el dolor, y se estiende con mas ó menos frecuencia y con mas ó menos violencia á las partes inmediatas. En estos focos es constante el dolor, al paso que no hace mas que atravesar los puntos intermedios, sin dejar en ellos vestigios. En algunos casos la punzada que parte de uno de los focos se siente en uno ó muchos puntos distantes, sin que en los intermedios se perciba nada. M. Valleix ha demostrado tambien que estos focos se hallaban situados en cuatro puntos principales del trayecto de los nervios: 1.° *en el puntode emergencia de un tronco nervioso*, como á la salida de los agujeros supra ó infraorbitrarios y barbado en el trifacial: 2.° *en los puntos en que un filamento nervioso atraviesa el músculo para aproximarse al tegumento en el cual se distribuye*; tales son las ramas posteriores de los nervios espinales cuando atraviesan las partes blandas para llegar al cutis; 3.° *en los puntos en que los ramos terminales de un nervio vienen á perderse en los tegumentos*; como en la estremidad de los principales ramos de todos los nervios cutáneos en la parte anterior de los intercostales, y en la estremidad de los colaterales de los dedos, etc.: 4.° *en los puntos en que algun tronco nervioso, siguiendo su trayecto, se hace muy superficial;* tales son el nervio cubital y el peroneo en el punto en que el primero da vuelta á la epitroclea y el segundo á la cabeza del peroné. Resulta, pues, que la preferencia del dolor á tal ó cual punto del nervio, depende de la posicion superficial del órgano.

Varian mucho la violencia y frecuencia de las punzadas en los diversos individuos, y aun en un mismo sugeto en las diferentes épocas del dia, y muchas veces se presentan los dolores con accesos regulares. Estas punzadas son con frecuencia espontáneas, y á veces producidas por los diversos movimientos de los enfermos, pero siempre pueden provocarse por la presion. Esta es el mejor y casi el único medio de reconocer la existencia de los puntos dolorosos, que se descubren comprimiendo con la punta del dedo en el trayecto del nervio y de sus principales ramificaciones, cuidando de no dejar ningun punto, pues muchas veces revela la presion dolores intensos en un sitio en que no hay ningun dolor espontáneo. Estos puntos dolorosos pueden tener media ó una pulgada de diámetro; y puede estar tan circunscrito el dolor, que sea atroz é insufrible en un punto, y nulo á las dos ó tres líneas. De las investigaciones de M. Valleix resulta que la violencia del dolor á la presion está en razon directa de la intensidad de la enfermedad; se aumenta durante los parasismos

y disminuye mucho en los intervalos de calma. Cuando tratemos de buscar los puntos dolorosos, conviene tener presente una circunstancia indicada por MM. Valleix y Bassereau; y es, que despues de haber producido en un punto limitado un dolor vivo, puede suceder que practicando de nuevo la presion en el mismo sitio, no dé el mismo resultado; pero en tales casos basta esperar un momento para que al hacer de nuevo la esploracion se desarrolle una sensacion tan penosa como la primera vez.

Es muy variable la direccion de los dolores lancinantes; comunmente, en las tres quintas partes de casos, á poca diferencia, siguen el trayecto del nervio: otras veces se irradian desde las estremidades de este hácia el tronco, y entonces se dice que la neuralgia es *ascendente*. Esta forma, indicada ya por Cotugno, ha sido últimamente objeto de las investigaciones de Piorry, el cual dice que ciertas neuralgias ascendentes podian pasar de los nervios sensitivos á los motores, atravesando porciones del sistema nervioso que no tienen ninguna relacion con la inteligencia; otras se estienden á un plexo, que viene á ser entonces un medio de comunicacion entre un nervio afectado primitivamente y otro dependiente del mismo entrelazamiento de filetes ó de troncos. Ademas dice M. Piorry que las neuralgias de los nervios sensitivos internos se propagan á los esternos, y recíprocamente, circunstancia que ha servido de fundamento á este catedrático para referir á las neuralgias ascendentes muchas neurosis, y especialmente la epilepsía, el histerismo, el tétanos y hasta la hidrofobia, etc.; idea muy aventurada, y que no podemos admitir.

Lo que acabamos de decir de los dolores se aplica á todas las neuralgias esternas; pero se comprende bien que, respecto de las neuralgias viscerales, no es posible analizar de la misma manera los dolores, ni seguir su direccion y su diseminacion por puntos.

Los órganos que reciben filetes nerviosos afectados de neuralgia, presentan mas ó menos trastornos en sus funciones. Asi es que los músculos padecen contracciones involúntarias, fenómeno que se presenta en su mas alto grado en la neuralgia facial; la sensibilidad táctil puede ser escitada, embotada y hasta estinguida.

En los órganos secretorios se nota un aumento de accion; asi es que, en la neuralgia trifacial puede estar aumentada la secrecion de las lágrimas, del moco nasal y de la saliva; y esta misma circunstancia puede ocasionar diversos trastornos de los sentidos en las neuralgias viscerales. Los enfermos sienten con frecuencia dolores en relacion con las sensaciones que los órganos esperimentan en el cumplimiento de sus funciones; asi es que en las gastralgias hay con frecuencia un sentimiento de hambre, y en las enteralgias una sensacion análoga á la que provoca la defecacion. En las neuralgias antiguas, cualquiera que sea su sitio, la nutricion de los tejidos puede hallarse diversamente alterada; las partes blandas atravesadas por los nervios afectados pueden hipertrofiarse ó atrofiarse, y si es una parte vellosa, el pelo puede caer ó ponerse cano. Fuerza es convenir sin embargo en que estos accidentes son muy raros, y que no se manifiestan mas que en las neuralgias internas ó en las muy duraderas. Los trastornos funcionales, cuyas especies hubieramos podido multiplicar considerablemente, han sido bien estudiados por M. Notta en un trabajo que publicó en 1854 en los *Archives génerales de médecine*.

Las neuralgias existen sin escitar calentura. Sin embargo, la circulacion localmente presenta algunas veces una modificacion notable, en cuyo caso hay una verdadera fiebre local, de suerte que algunos enfermos se quejan de pulsaciones arteriales incómo las en los puntos afectados de neuralgia, y las arterias tienen un desarrollo, amplitud y dureza de que carecen las compañeras.

Por lo comun los órganos digestivos conservan toda su integridad menos cuando son el sitio de la afeccion, ó cuando las neuralgias, cualquiera que sea el punto en que residen, son muy violentas y pertinaces. Los órganos génito-urinarios nada de particular ofrecen en el hombre, pero en la mujer se observan comunmente trastornos en la menstruacion, lo que sin embargo no es constante. Conviene notar que los sufrimientos de los nervios de la vida orgánica se reaccionan algunas veces con mucha fuerza sobre los centros nerviosos; asi que muchos enfermos se vuelven hipocondriacos, al paso que es rara esta complicacion en las neuralgias de los nervios de la vida de relacion.

Curso, duracion y terminaciones.—En las seis séptimas partes de los enfermos, dice M. Valleix, se desarrolla la neuralgia gradualmente, pero con mas ó menos rapidez. El mismo observador ha notado ademas que no eran invadidos simultáneamente los puntos dolorosos, sino uno despues de otro. Luego que ha llegado la enfermedad á su estado, presenta numerosas variaciones su intensidad, y la viveza de los dolores está generalmente en proporcion con el descenso de temperatura exterior. No hay ninguna enfermedad que presente parasismos con tanta frecuencia como las neuralgias; y aunque comunmente no guardan regularidad en su aparicion, hay sin embargo algunos casos en que se observa una periodicidad perfecta. La neuralgia del quinto par, es la que con mas frecuencia ofrece el carácter de intermitente.

Suelen permanecer las neuralgias limitadas al nervio primitivamente invadido, pero á veces se propagan á los nervios inmediatos por medio de las anastomosis ó de los plexos, pudiendo afectar á la vez un gran número de nervios. Los enfermos se quejan entonces de dolores en una multitud de puntos que tienen todos los caracteres de los dolores neurálgicos, pero existen ademas varios síntomas cerebrales, tales como vértigos, atolondramiento, debilidad de los miembros, mas notable algunas veces en un lado que en otro, circunstancia que puede inducir á error, haciendo creer en alguna alteracion material de los centros nerviosos.

Las neuralgias tienen, como todas las neurosis una marcha irregular; ofrecen intermitencias mas ó menos considerables, y en algunos casos raros cesa la enfermedad mas ó menos de repente en un punto, para reproducirse en otro mas ó menos distante del primero, y entonces hay verdadera metástasis. Observé en un amigo mio una neuralgia facial bruscamente reemplazada por la gastralgia y en una señora muy cercana parienta mia o ra neuralgia tambien facial, desaparecer repentinamente al declararse la intercostal. Chaussier, Fortsmann, Rennes, Fleury y otros citan casos análogos. A veces se manifiestan asi sucesivamente muchas neuralgias en diferentes puntos del cuerpo, y bajo una forma errática: unas veces no vuelven á presentarse en los nervios que han invadido ya una vez; pero en otros casos aparecen y desaparecen repetidas veces en un mismo nervio. Mi práctica me ha ofrecido dos ejemplos de estas neuralgias erráticas.

Es sumamente variable la duracion de las neuralgias y no está sujeta á reglas; sin embargo, casi siempre se curan, pero la rapidez de la curacion está en razon inversa de la antigüedad del mal: las neuralgias erráticas son por lo comun las menos rebeldes. Sea como fuere, las afecciones dolorosas de los nervios son una de las enfermedades mas espuestas á recidivas despues de una suspension mas ó menos larga; es raro que el que ha padecido un acceso no tenga otro en toda su vida.

Diagnóstico.—Las neuralgias viscerales ofrecen algunos puntos de contacto con muchas enfermedades, de las cuales conviene distinguirlas, como procuraremos hacerlo mas adelante al tratar de cada una de ellas. Las neuralgias de los nervios de la vida de relacion solo pueden confundirse con la neuritis, los neuromas y reumatismo muscular; pero en la neuritis, enfermedad sumamente rara, es mas fijo y continuo el dolor, y no hay remisiones ó son muy pequeñas; la presion le excita, no en puntos diseminados, sino en una gran parte del trayecto del nervio. Los neuromas causan dolores intensos y continuos, y sobre el trayecto del nervio se encuentra un tumor duro, doloroso, liso ó desigual, á veces muy pequeño, y estirpando este tumor desaparece el dolor. Finalmente, el reumatismo muscular se distingue de las neuralgias en que el dolor ocupa una grande estension y no sigue el trayecto de ningun nervio; no está diseminado por puntos aislados, se exaspera mucho con los movimientos; y especialmente con los que exigen fuertes contracciones de los músculos afectados.

La neuralgia generalizada, coexistiendo frecuentemente con trastornos cerebrales, como llevamos ya dicho, podria hacer creer en una alteracion de los centros nerviosos; pero en este último caso no solo pueden existir dolores neurálgicos, sino que tambien contracciones, parálisis mas ó menos esternas y varios trastornos de la inteligencia.

Pronóstico.—Probablemente no hay ejemplo de que la neuralgia haya ocasionado la muerte; pero si bien no compromete la vida, puede hacer casi insoportable, la existencia, por la intensidad y continuacion de los dolores. Las probabilidades de curacion son tanto menores, cuanto mas antigua la enfermedad, y mas viejos los sugetos.

Etiología.—Es muy dudoso que los nervios esclusivamente motores puedan verse afectados de neuralgia, pues esta enfermedad es propia de los sensitivos, ó de los que á la vez son sensitivos y motores. Aunque mas frecuente en los nervios que parten del eje cerebro-espinal, invade sin embargo muchas veces los nervios ganglionarios, como puede verse en el artículo que ha publicado uno de los médicos mas distinguidos, M. Jolly en el tomo XII del *Dictionnaire de mèdecine et de chirurgie pratiques*. La neuralgia es hereditaria. Esta afeccion casi no se conoce en la primera infancia, es algo menos rara en la segunda, pero hasta despues de la adolescencia no es muy comun. M. Valleix ha demostrado que su máximun de frecuencia es de los veinte á los cincuenta años; y si se divide este espacio en tres períodos, resulta que la afeccion se presenta casi el mismo número de veces en todos ellos.

Aunque con corta diferencia, es tan comun en los hombres como en las mujeres, se observa sin embargo que ciertas afecciones neurálgicas son mas peculiares á uno que á otro sexo; tal sucede con la neuralgia ciática, que es mas

comun en el hombre, al paso que la intercostal lo es mucho mas en la mujer. Aunque todavía no se ha determinado con exactitud la influencia que ejerce la constitucion en la produccion de esta enfermedad, es por lo menos indudable que el temperamento nervioso constituye una de sus causas predisponentes mas poderosas. Lo mismo diremos de la influencia del frio y de la humedad, por cuya razon son mas comunes las neuralgias en invierno. Todavía no es conocida la influencia que pueden ejercer los escesos de toda especie y el género de alimentos; pero está demostrado que el estado clorótico ó anémico es causa de neuralgias, pudiendo decir otro tanto de las pasiones, de las fatigas estremadas, ya intelectuales, ya musculares. De todas las causas ocasionales, ninguna es tan eficaz, ó al menos tan frecuentemente probada como la impresion prolongada del frio húmedo. Muchas neuralgias sobrevienen al parecer bajo la influencia de la misma diátesis que el reumatismo, sea articular, sea muscular, de suerte que ambas afecciones coexisten ó se suceden recíprocamente. Con razon, pues, se han admitido neuralgias *reumáticas*. ¿Puede la sífilis, como opinan algunos, ocasionar neuralgias? No hay duda que un tumor de los huesos ó del periostio, comprimiendo un nervio puede provocar algunas veces dolores neurálgicos; pero aun con independencia de esta causa, parece que el virus sifilítico puede modificar el nervio de una manera oculta y producir todos los accidentes de las neuralgias, como lo prueba el que esos dolores rebeldes á todas las medicaciones, no ceden mas que á un tratamiento antisifilítico.

Tratamiento.—Dos órdenes de medicaciones se recomiendan contra las neuralgias : medios generales y medios locales. Los primeros varian segun la causa que ha producido y sostiene la enfermedad, y segun el curso que sigue.

Cuando la neuralgia, siendo muy dolorosa, parece hallarse bajo la dependencia de una sobrescitacion nerviosa, es preciso insistir principalmente en los sedativos. Se darán interiormente las preparaciones de estramonio, de acónito, y sobre todo el opio ó la morfina, y el estracto de belladona á la dosis de medio á un grano. Con frecuencia se asocian estos remedios á los antiespasmódicos , como en las píldoras de Meglin que gozan de cierta celebridad que no está tal vez justificada. Los antiespasmódicos se propinan tambien solos. Se han celebrado, sobre todo, la valeriana, la asafétida, el almizcle, el alcanfor, y de algunos años á esta parte el valerianato de zinc, á la dosis de uno á ocho granos diarios. Los sedativos por sí solos curan muchas neuralgias y calman la mayor parte. Cuando los dolores son intolerables, se debe administrar el opio, como lo hemos recomendado en los cólicos hepático y nefrítico. En tales casos se ha aconsejado tambien recurrir á las inhalaciones de cloroformo ó de éter, y se han conseguido dominar inmediatamente por mas ó menos tiempo, y algunas veces definitivamente , accesos de neuralgia muy violentos. Creo que este método apenas se ha usado mas que en los casos de neuralgia facial, pero lo considero aplicable á la mayor parte de las otras.

Los indicados medios podrian ser insuficientes si la neuralgia, afectando á un sugeto reumático ó gotoso, se hallase bajo la influencia de la misma diátesis. En tal caso se hallaria un auxiliar útil en las bebidas sudoríficas, y sobre todo en los baños y chorros de vapor, en los baños y chorros de aguas sulfurosas, naturales ó artificiales, en las aguas termales salinas, en las fricciones, en el amasamiento, en la hidroterapia.

Cuando la neuralgia afecta una marcha verdaderamente intermitente, es necesario para triunfar de ella recurrir á los antiperiódicos, y especialmente al sulfato de quinina. Conviene, sin embargo saber, que esta medicacion es menos soberana contra la neuralgia periódica que contra la fiebre intermitente legítima. Algunos médicos hasta han propuesto la sal de quinina contra las neuralgias continuas á título de agente perturbador, con la esperanza de alterar la accion orgánica, pero se cuentan pocos casos de buen éxito. Como quiera que sea, recordaremos ahora que, segun Mondiere, el sulfato de quinina en las neuralgias intermitentes obra con frecuencia mejor en lavativa que por la boca. Este es un hecho cuya verdad he tenido ocasion de confirmar yo mismo muchas veces.

Siendo el estado anémico ó clorótico una causa frecuente y siempre agravante de las neuralgias, deberá combatirse. Obedeciendo á esta indicacion, se triunfará de dolores neurálgicos rebeldes á cualquier otro plan curativo. Se administrarán los ferruginosos segun las reglas que hemos prescrito en los artículos *anemia* y *clorosis*.

Si la neuralgia se halla bajo la dependencia de la sífilis, se le opondrá el tratamiento mercurial tal como lo hemos formulado anteriormente. Por último, en las neuralgias rebeldes á todos los medicamentos, se ha echado mano para combatirlas de algunos medios empíricos, entre ellos los purgantes de todo género, la trementina y el ácido arsenioso; pero su eficacia es al menos dudosa.

La medicacion tópica es generalmente eficaz, pues cura por sí sola muchas neuralgias, y es siempre un auxiliar muy poderoso. Se han aconsejado principalmente los emplastos sedativos, los linimentos y embrocaciones narcóticas con el láudano, el bálsamo tranquilo, el cianuro de potasio, medios cuyo efecto es siempre incierto, sobre todo cuando el nervio enfermo está profundo. Las aplicaciones narcóticas, al contrario, son con frecuencia útiles cuando la neuralgia es superficial, en cuyo caso M. Trousseau ha obtenido buenos resultados del estracto de la belladona. M. Lafargue (de Saint-Emilien) y M. Jacques (de Angers) han propuesto la introduccion de los medicamentos bajo la epidermis por medio de una lanceta, para lo cual disuelven medio grano de sulfato de morfina en una pequeña cantidad de agua, y humedeciendo la lanceta en esta disolucion, practican en el punto doloroso unas treinta ó cuarenta picaduras. Este método es seguramente inferior á los vejigatorios, pero será sin embargo precioso cuando la neuralgia afecta ciertas partes del cuerpo, particularmente el cuero cebelludo, los orificios de las membranas mucosas, etc. En tales casos nosotros hemos obtenido grándes ventajas. En estos últimos tiempos se han calmado frecuentemente con prontitud los dolores neurálgicos aplicando á la parte enferma algodon flojo impregnado de cloroformo. Este medio ejerce tal vez una doble accion, un efecto sedativo, y un efecto revulsivo por la rubicundez eritematosa que determina en los tegumentos.

La compresion de la arteria que alimenta las partes condolidas ha calmado tambien con frecuencia una crisis neurálgica.

Sin embargo, entre todos los medios locales los mas generalmente eficaces, son, sin contradiccion, los revulsivos cutáneos. Asi es que se consigue algunas veces conjurar rápidamente una neuralgia reciente aplicando al nervio enfermo uno ó dos sinapismos; pero el revulsivo preferible es el vejigatorio, cuyo uso ha popularizado Cotugno. El vejigatorio puede ser volante; pero si el dolor per-

siste, es necesario mantener la supuracion y aprovecharse de la ulceracion del dermis para hacer absorber al cutis, de una quinta parte de grano hasta dos granos de una sal de morfina.

Algunos prefieren al vejigatorio la cauterizacion transcurrente hecha con un hierro candente, de modo que se levante apenas la epidermis en el trayecto del nervio enfermo sin alterar el dermis; pero este remedio violento se halla solo indicado en los casos que se han manifestado rebeldes á medios mas suaves. Otro tanto decimos de los cauterios y moxas que se aplican al orígen ó al trayecto del nervio.

Aun no está bien probada la utilidad del galvanismo para el tratamiento de las neuralgias; sin embargo, es el medio á que M. Magendie da la preferencia. Este célebre fisiólogo dice que ha curado la mayor parte de las neuralgias violentas en menos de diez sesiones, y que ha obtenido alivio generalmente desde la primera. Emplea constantemente dos agujas que penetran hasta el nervio ó cerca de él; la correspondiente al polo positivo se introduce hácia el tronco del nervio, y la del polo negativo se implanta en el punto mas dolorido de todos aquellos por donde se distribuyen los filetes nerviosos. Al principio se emplean pocos pares; cinco ó seis son suficientes, y no debe prolongarse el contacto de las agujas y de los conductores arriba de algunos segundos. No se siente el mismo dolor en las dos agujas; generalmente es mas agudo en el polo negativo. Los hechos observados por M. Magendie merecen llamar la atencion, y muchos de ellos han sido publicados últimamente por M. Depusaye (tesis de 1844). Este médico, observador distinguido, cree que debe reservarse la electro-puntura para las neuralgias que no dependen de ninguna lesion orgánica, que no son periódicas ni relacionadas con un estado general como el clorótico. No es una contraindicacion la violencia de los dolores, porque el doctor Hermel, que ha publicado en 1844 una memoria sobre el uso de la electro-puntura en las neuralgias (*Annales médico-psychologiques*), asegura que nunca se han exacerbado los dolores por este medio. Debemos; sin embargo advertir, que aun no tenemos datos suficientes para apreciar el valor de este método y de algunos otros, tan recomendados como el *iman artificial*, aconsejado por Andry y Thouret, y la *acupuntura* propuesta por Julio Cloquet. Sin embargo, todos estos medios deben ser conocidos para combatir una enfermedad tan caprichosa y tan rebelde como es la neuralgia. Finalmente, cuando se han agotado en vano todos los medios racionales, y empíricos, y la enfermedad por su tenacidad y violencia aniquila la constitucion y las fuerzas, es preciso destruir el nervio á beneficio de la cauterizacion, ó mejor todavía escindir un trozo de algunas líneas.

DE LA NEURALGIA TRIFACIAL.

Sinonimia.—Neuralgia facial, prosopalgia, *tic douloureux*, de los franceses.

La neuralgia facial es la que ocupa el nervio del quinto par ó solamente una de sus ramas. Puede en efecto atacar aisladamente las ramas frontales ó suborbitarias, ó bien las del maxilar inferior en su totalidad ó en una ó varias de sus ramificaciones.

Historia.—Si es cierto, como dicen algunos, que Hipócrates conoció la

neuralgia facial, es preciso, no obstante, confesar que eran muy limitados los conocimientos del padre de la medicina acerca de este punto. Areteo fue, entre los antiguos, el único médico que tuvo nociones exactas sobre las neuralgias faciales; sin embargo, fueron poco menos que olvidadas por sus sucesores, y quedó desconocido el carácter de estas enfermedades hasta el año de 1756, en cuya época publicó André, médico de Versalles, á continuacion de su *Traitè des maladies de l' uretre*, una descripcion satisfactoria de esta enfermedad, seguida de la historia de muchos casos particulares. Algunos años despues (1782) se publicó en Francia la memoria de Thouret, y Pujol en 1787, y Fortsmann en 1790, publicaron tambien sus investigaciones. Ya hemos citado igualmente el cuadro sinóptico de Chaussier, notable por muchos conceptos. Finalmente, para terminar la indicacion de los principales trabajos acerca de esta neuralgia, debemos citar las investigaciones de Meglin (1816), las de Halliday (1832), la tesis de Chaponniere (1832), la memoria de Bellingeri, reproducida en el 6.° volúmen (segunda serie) de los *Archives générales de médecine*, el artículo tan notable de Berard en el *Dictionnaire de médecine*, y el de Valleix en su *Traité des névralgies*.

Anatomía patológica.—Ya hemos dicho que no se encuentra lesion en los nervios de la cara en los individuos que sucumben padeciendo una neuralgia facial, como lo prueban las observaciones de Desault, Bichat y Abernethy: sin embargo, se han citado algunos casos en que el tronco del nervio ó alguno de sus ramos, se encontraba invadido ó comprimido por un tumor canceroso, ó bien afectado de hipertrofía ó de atrofía; pero estos casos son escepcionales, y únicamente indican que pueden existir neuralgias sintomáticas.

Síntomas.—En la neuralgia trifacial, lo mismo que en casi todas, se quejan los enfermos de dos clases de dolor en la cara, uno fijo contusivo, gravativo; otro vivo y lancinante. El primero, segun ha demostrado M. Valleix, no ocupa todo el trayecto del nervio enfermo, sino que está diseminado en muchos puntos, que se descubren comprimiendo con el dedo en la direccion del nervio; estos son los focos de dolor de que hemos hablado ya, y que existen con especialidad en los puntos en que es mas superficial el nervio.

Las punzadas, que constituyen la segunda especie de dolores que se observan en las neuralgias, son violentas y atroces, y los enfermos dicen que parece que les abrasan, pinchan ó desgarran las carnes; siguen el trayecto del nervio, y se irradian desde el tronco á las ramas laterales, ó en sentido inverso, lo que es mas raro. Los dolores lancinantes se reproducen con intervalos mas ó menos largos; á veces son completamente periódicos los accesos, en cuyo caso casi siempre afectan el tipo cotidiano, ó doble cotidiano. Sin embargo, en el mayor número de casos son irregulares los parasismos, se reproducen sin causa ninguna escitante, y otras veces á consecuencia de la masticacion, de la deglucion, de un estornudo, etc.

Por muy vivos que sean los dolores, no ofrece ningun cambio de color ni de temperatura el cutis que cubre las partes enfermas: sin embargo, cuando son violentas las crisis, se encuentran agitados los músculos de la cara con movimientos convulsivos ó con espasmos, con una especie de temblor. Algunos enfermos tienen fotofobia; el ojo correspondiente está rubicundo y lagrimoso; en la fosa nasal del mismo lado se notan una sequedad y un calor insoportables, ó

bien una abundante exhalacion de mucosidades; puede haber zumbido de oidos; los dientes se ponen á veces muy doloridos, y aun pueden estar vacilantes. A veces se nota un aumento tal de sensibilidad en el bulbo de los cabellos, que basta tocarlos con el dedo para ocasionar grandes dolores. Hemos visto un caso de neuralgia supra-orbitraria en que, durante los accesos, se erizaban los cabellos del lado enfermo, y estaban mucho mas secos; tambien se habian encanecido mas que los del lado opuesto. En otro caso análogo notó Bellingeri que los cabellos estaban mas gruesos y habian crecido mucho en poco tiempo; una vez curada la neuralgia volvieron á su estado natural.

Pueden limitarse los dolores á una de las ramas del nervio trifacial, ó bien á una de sus ramificaciones; sin embargo, este caso es raro, pues M. Valleix ha demostrado, que el número de neuralgias limitadas á una sola rama era al de las mas estensas: como 2 es á 7. Cuando es circunscrita la neuralgia, parece que suele afectar el ramo dentario inferior con preferencia á todos los demás. Se ha visto algunas veces propagarse la neuralgia de un lado por las anastomosis al nervio del lado opuesto, ó á los de la parte posterior de la cabeza y del cuello; pero es raro que la afeccion presente irradiaciones simpáticas hácia el cerebro, si bien hace algunos años que M. Marchal (de Calvi), en el volúmen LV de las *Mémoires de médecine militaire*, citó varios hechos de neuralgias que interesaban algunos filetes del quinto par, y habian sido seguidas de los mas graves accidentes del sistema nervioso, tales como convulsiones, delirios y parálisis. Bastó la seccion del nervio para poner pronto término á esos trastornos que eran sin duda alguna puramente simpáticos.

Las principales funciones no presentan alteraciones de importancia en la neuralgia facial: sin embargo, en algunos casos raros se ha visto un ligero movimiento febril; muchos enfermos tienen inapetencia y una incomodidad estraordinaria, que se esplica por la violencia y duracion del padecimiento. Por último, en la mayor parte de las mujeres son las reglas menos abundantes y menos regulares de lo natural.

Curso, duracion y terminaciones.—La neuralgia facial, lo mismo que casi todas las demás, rara vez empieza de repente, y generalmente se desarrolla con lentitud. Despues que llega á su estado, ofrece, como ya hemos dicho, parasismos regulares ó irregulares. Estos últimos se presentan lo mismo de noche que de dia, pero generalmente son escitados por la esposicion á una temperatura fria. Comunmente se alivia poco á poco la enfermedad; los accesos se van presentando cada vez mas de tarde en tarde, y llegan á desaparecer despues de haber durado algunos minutos ó muchos años; su duracion mas comun es un mes. No tenemos noticia de ningun caso en que la neuralgia trifacial haya ocasionado la muerte; pero como todas las demás, está espuesta á recidivas.

Diagnóstico.—Tan marcados son los caracteres de la neuralgia trifacial, que casi nos parece imposible confundirla con ninguna otra afeccion. Mas adelante veremos en qué se diferencia de la hemicránea. Las otras enfermedades dolorosas de la cara y del cráneo con quienes pudiera tener alguna semejanza, son la odontalgia, el infarto del seno maxilar, el reumatismo facial y el clavo histérico.

Muchas veces se ha tomado por una simple odontalgia la neuralgia de los nervios dentarios; y á consecuencia de semejante error ha habido sugetos que

se han sacado sucesivamente todas las muelas del lado enfermo sin encontrar alivio. En efecto, el dolor odontálgico se asemeja al neurálgico, en que muchas veces es, como este, dislacerante, se irradia á lo lejos, y suele presentar exacerbaciones muy marcadas: se distingue sin embargo bien, por la falta de las contracciones musculares, casi convulsivas, tan notables en muchas neuralgias; tampoco se encuentran por la presion los puntos dolorosos de que hemos hablado; y últimamente, esplorando los dientes y muelas, y percutiéndoles con un estilete, se halla uno casi siempre cariado, que es el asiento de un dolor escesivo.

La inflamacion del seno maxilar pudiera confundirse con una neuralgia de la rama sub-orbitraria, por el dolor vivo que determina en el vértice de la fosa canina, dolor sujeto á exacerbaciones, sino contribuyese á aclarar el diagnóstico la falta de los puntos dolorosos á la presion y la existencia de un dolor profundo, que se aumenta al sonarse los enfermos.

El clavo histérico se distingue fácilmente de una neuralgia facial, por lo fijo que es, por lo exactamente circunscrito á un punto muy limitado y por su coincidencia con otros accidentes histéricos á los cuales sucede casi siempre.

Se ha querido distinguir las neuralgias faciales del reumatismo de los músculos de la cara, enfermedad tan rara que ni M. Chomel, ni M. Requin la han visto nunca; asi es que su diagnóstico diferencial solo se ha establecido *a priori*. Se ha supuesto que el dolor reumático nunca es periódico, que no presenta intermisiones tan largas como las de la neuralgia, que le exaspera la presion, que va acompañado de fiebre, y que no se irradia siguiendo el trayecto del nervio; proposiciones que no están demostradas.

No trataremos de esponer los caracteres que pudieran servir para distinguir la neuralgia del quinto par de la del séptimo; porque hasta ahora no existe ningun hecho auténtico que pruebe la posibilidad de que el nervio facial sea asiento de la enfermedad. La única prueba que se alega en favor de la existencia de las neuralgias del séptimo par, es la direccion transversal del dolor. Pero como el quinto da por detrás de la mandíbula numerosos filamentos que acompañan á las ramas del facial, á la sien, y á la cara, no hay razon ninguna anatómica como dice M. P. Bérard, para suponer que es en uno de los nervios, mas bien que en el otro, donde reside el dolor. La analogía, sin embargo, nos induce entonces á localizar mas bien la enfermedad en el quinto par, puesto que los esperimentos fisiológicos, las vivisecciones de Ch. Bell, de Eschricht, Backer, Magendie, Lund y Longet, demuestran que el nervio facial, insensible por sí mismo, recibe del trifacial la poca sensibibilidad que tiene. Algunos han admitido, sin embargo, la existencia de una neuralgia del facial, fundándose principalmente en el punto de partida de las punzadas, pues creian que cuando los enfermos referian el orígen de los dolores á la parte inferior de la oreja, ó hácia la region mastoidea, diciendo que se irradiaban desde allí á toda la cara, debia localizarse la enfermedad en el nervio facial; pero M. Bérard hace observar que no lejos del punto de emergencia del facial, un poco á la parte interna de la region mastoidea, sale el nervio sub-occipital, que se anastomosa con ramos considerables del trifacial, y que puede afectarse, como este, de neuralgia. Se ve, pues, que hasta ahora no existe ninguna prueba irrecusable á favor de la existencia de la neuralgia del nervio facial.

Pronóstico.—Aunque la neuralgia facial no compromete la vida, constituye, sin embargo, una enfermedad grave por los dolores que ocasiona, por lo rebelde que es, y por sus frecuentes recidivas. Cuanto mas se prolonga la enfermedad y cuanto mas viejo es el sugeto, mayor es la gravedad del mal. Por lo comun la neuralgia facial periódica cede mas ó menos pronto con la quina.

Etiología.—M. Chaponniere ha estudiado detenidamente, en su tesis ya citada, todas las cuestiones relativas á la etiología del mal, y ha visto que raro en los dos estremos de la vida, es mas especial de la edad adulta, y que su maximun de frecuencia es de los veinte á los treinta años en las mujeres, y de los treinta á los cuarenta en los hombres.

No están conformes los autores respecto de la influencia del sexo: Thouret, J. Frank y Bellingeri, creen que es mas comun en los hombres; al paso que Fothergill, Siebold, Hartmann y Meglin son de opinion contraria. M. Chaponniere supone igualmente predispuestos á ambos sexos.

Relativamente á la influencia del temperamento, solo se sabe que todos están predispuestos á esta enfermedad. Algunos hechos parece que demuestran que la neuralgia trifacial es una afeccion hereditaria: sin embargo, esta cuestion necesita nuevas investigaciones para ser resuelta definitivamente.

Parece que son mas frecuentes las neuralgias faciales en las estaciones húmedas y frías; todavía no poseemos dato ninguno acerca de la frecuencia relativa de la enfermedad en los diversos climas. Tampoco los tenemos para apreciar la influencia del régimen; porque unos la atribuyen á la ociosidad y molicie, y otros la consideran como peculiar de la clase proletaria.

La causa ocasional mas eficaz es indudablemente la impresion del frio húmedo, ora sea esta lenta y continua, ora repentina cuando está el cuerpo sudando. Se ha visto tambien con frecuencia suceder la enfermedad á un susto ó á cualquiera otra impresion demasiado viva. Bellingeri, Meglin y Weinhold, citan casos en que sobrevino la enfermedad á consecuencia de un terror fuerte. Se ha atribuido tambien á la supresion de hemorragias constitucionales, y á la repercusion de exantemas; pero todavía no está demostrado.

Diversas lesiones orgánicas pueden producir y sostener una neuralgia trifacial; la cáries de las muelas, como lo prueba una observacion curiosa de M. Stille, de Filadelfia (*Archives* de 1843); la presencia de un cuerpo estraño como un fragmento de porcelana, que comprime ó pone tirante un filamento nervioso; la existencia de neuromas; la degeneracion cancerosa del nervio ó de una de sus ramas, etc. Finalmente, ciertas neuralgias trifaciales han sobrevenido á consecuencia de la estraccion de una muela, de la contusion ó dislaceracion de un filamento del quinto par, ó por una causa vulnerante cualquiera.

Tratamiento.—El tratamiento de la neuralgia facial es generalmente incierto. Para aplicarlo se deberán observar las reglas que he prescrito anteriormente hablando de las neuralgias en general. Nada diremos de los antiflogísticos, de los purgantes y de los revulsivos aplicados lejos del sitio del mal, porque ninguno de estos medios, tan preconizados por algunos, es realmente útil, y aun pueden ser perjudiciales. La electropuntura, recomendada por Magendie, y que segun este catedrático cura neuralgias muy violentas en menos de diez sesiones, y suele aliviar á la primera, no á todos ha dado resultados tan satisfactorios; M. Valleix, por ejemplo, operando como Magendie, no ha conseguido ningun

resultado. Sin embargo, los hechos referidos por Depuisaye, en su tesis, deben animar á ensayar de nuevo este medio. El ópio, administrado interiormente, suele ser muy ventajoso, pero con frecuencia es necesario elevar la dosis hasta producir un efecto algo narcótico. Un esperimento reciente me ha hecho considerar este precioso medicamento como muy superior á la mayor parte de los otros narcóticos, hasta á la belladona; superior tambien á los antiespasmódicos y á las mismas píldoras de Meglin, cuya parte mas activa constituye el beleño. Si se emplea esta última preparacion, conviene aumentar con rapidez las dosis del medicamento, por lo cual deben empezar los enfermos por dos píldoras por mañana y tarde, y doblar todos los dias la dosis hasta que se alivie la enfermedad ó haya que suspenderlas, porque se presenten síntomas cerebrales ó gástricos que nos obliguen á ello: Meglin ha dado muchas veces impunemente hasta treinta y seis y cuarenta y ocho píldoras al dia. Se han recomendado mucho las sales de morfina, el *datura stramonium*, la belladona, la asafétida, el ácido cianídrico, la cicuta, la trementina, el valerianato de zinc, medicamentos que en efecto han curado al parecer algunos enfermos. Los mismos elogios se han tributado á la morfina á la dosis progresiva de una quinta parte de grano á dos granos, que es tan eficaz como el opio, y á la belladona, preferida por algunos que la prescriben en forma de estracto á la dosis de medio á un grano. Los narcóticos aplicados al tegumento obran algunas veces ventajosamente, y asi es que se han propuesto lociones alcanforadas y aplicaciones de cianuro de potásio, en pomadas ó en fomentos (de uno á cuatro granos por una onza de agua destilada ó manteca), emplastos, pomadas á que se incorporan uno ó dos granos de morfina. Las inspiraciones etéreas ó de cloroformo, han ejercido en la neuralgia facial una virtud incomparable, pues han hecho desaparecer el dolor instantáneamente. Yo mismo, con cinco ó seis inspiraciones etéreas, he hecho desaparecer ataques de neuralgia facial que habian persistido sin tregua por espacio de tres semanas. El cloroformo puede igualmente ser útil aplicándolo: de este modo he conjurado algunas veces ó aliviado neuralgias muy rebeldes, y en cierta ocasion convertí en intermitente la enfermedad que era continua, y la corté prontamente administrando el sulfato de quinina.

Nada puedo afirmar acerca de la utilidad de un medio que Dezeimeris dió á conocer en 1837 en la *Expérience*, atribuyéndole la propiedad de acallar súbitamente los dolores neurálgicos. Me refiero á la compresion de la carótida del lado enfermo, usada con éxito por Parry en Inglaterra, y en Francia por MM. Rayer y Sestier: pero conviene hacer notar que muchas veces esta compresion ha producido en los enfermos una sensacion penosísima y una idea de muerte inminente que ha azorado á las familias y aterrorizado al paciente. Verdad es que este accidente, ordinariamente seguido de síncope, no ha tenido ninguna consecuencia funesta.

Nada tenemos que decir de una medicacion estravagante, muy recomendada en estos últimos tiempos, que consiste en tocar la bóveda del paladar cerca de los dientes con un pincel empapado en amoniaco á 25°, manteniéndolo aplicado hasta que produce un abundante lagrimeo, lo cual se ha supuesto que bastaba para hacer desaparecer en el momento el dolor neurálgicó por muy intenso y antiguo que fuese. Yo jamás he tenido tan buena fortuna, pues mis ensayos han sido siempre infructuosos.

Hay dos medicamentos que, aunque ineficaces en la mayor parte de las neuralgias, obran sin embargo en algunos casos especiales; tales son el sulfato de quinina y el sub-carbonato de hierro. El primero se administra, siempre que la neuralgia se presenta por acesiones ó aunque solo haya simples exacerbaciones periódicas, á las dósis de 6 granos á un escrúpulo doce horas por lo menos antes de empezar al ataque. Si administrado por la boca no produce efecto, se da en lavativa. El sub-carbonato de hierro solo da resultados satisfactorios cuando coincide la neuralgia con el estado clorótico ó anémico, en cuyos casos obra el hierro menos como antineurálgico que como corroborante, dando á la sangre la cantidad de glóbulos que ha perdido. Tampoco nos ocuparemos de las preparaciones arsenicales propuestas por Fowler y recomendadas de nuevo por Boudin, porque hasta ahora no hay suficiente número de hechos á favor de tal medicacion.

Por poco rebelde que sea la enfermedad, y cuando hay seguridad de que no depende de ninguna de las causas órganicas de que hemos hecho mérito, debe reeurrirse á la aplicacion de uno ó varios vejigatorios, poniéndolos, siempre que se pueda, sobre los puntos mas doloridos. Segun la mayor ó menor rebeldía del dolor, será el vejigatorio volante, ó bien se sostendrá muchos dias la supuracion; si la neuralgia resiste, se podrá aplicar en la úlcera producida por dicho vejigatorio, un poquito de polvo de sal de morfina.

Se han aconsejado igualmente contra las neuralgias faciales las cauterizaciones profundas con la potasa cáustica (Andrè), ó la cauterizacion trascurrente empleada por M. Jobert. El primer método es bárbaro y está completamente abandonado en el dia; el segundo puede emplearse en los casos de neuralgias intensas y rebeldes á todos los demás medios. En estas neuralgias, que se resisten á todos las agentes terapéuticos, se ha recomendado tambien la seccion ó mas bien la reseccion del nervio, medio empleado muchas veces con ventaja por Augusto Bérard. Pero antes de recurrir á tal estremo debe ensayarse un tratamiento antisifilítico, especialmente en los que han padecido alguna vez sífilis, pues se han visto neuralgias muy rebeldes que solo han cedido al uso del mercurio.

Inútil es decir que deben preservarse los enfermos del frio húmedo: pero nunca deben estar á dieta, á no ser que haya alguna complicacion: solo se procurará que los alimentos sean suaves y menos abundantes.

DE LA JAQUECA, MIGRAÑA Ó HEMICRÁNEA.

La jaqueca es una afeccion dolorosa de los nervios de la cabeza, caracterizada principalmente por un dolor mas ó menos vivo, limitado comunmente á la mitad frontal del cráneo, y con especialidad á la region superciliar, á la cavidad orbitaria, ó á la fosa temporal, y acompañado de inapetencia, náuseas, vómitos y de un malestar estremado.

Síntomas y curso.—Casi constantemente empieza la jaqueca durante el dia, ora de repente, ora, y es lo mas comun, con algunos prodromos, tales como borborigmos, malestar, tristeza, bostezos, escalofrios, inapetencia y náuseas: otros enfermos se quejan de sordera, desvanecimiento, diversas alucinaciones de la vista, que hacen que vean los objetos dobles ó con un movimiento de ro-

tacion, y mas comunmente bajo formas estrañas y con colores que no tienen: este es un punto curioso de la historia de la jaqueca sobre el cual ha insistido mucho M.Piorry. Finalmente, en algunos casos muy raros, y Tissot cita un ejemplo de ello, se quejan los enfermos de hormigueo, un poco de parálisis de los miembros y dificultad de hablar. Pero llegada esta época, siente ya el enfermo dolor en uno de los puntos de la cabeza que hemos indicado; al principio es una especie de estupor, pero no tardan en hacerse los dolores vivos, tensivos, lancinantes, y á veces van acompañados de un poco de inyeccion del ojo y de la frente; hay punzadas en la órbita; el globo ocular parece distendido, está dolorido; y la presion sobre él ocasiona dolores atroces. El semblante, encendido, ó mas comunmente pálido y amarillento, espresa la ansiedad y el abatimiento. Los sugetos, incapaces de hacer ningun movimiento ni entregarse á ningun trabajo, se aislan en un silencio completo: su susceptibilidad es tal que el menor ruido les fatiga; están tristes y de mal humor; sus ideas son confusas, é infiel su memoria, y muchas veces no pueden resistir el olor mas ligero; muchos tienen tendencia al sueño. El pulso está á veces vibrante, pero mas comunte es natural: casi siempre hay eruptos, náuseas y muchas veces vómitos verdosos, que suelen aliviar.

Tales son los síntomas mas comunes de la jaqueca: pero no siempre se presenta con igual intensidad. A veces es tan ligera que permite á los enfermos dedicarse á sus tareas habituales aunque con menos energía de lo regular: en otros, por el contrario, se presenta la jaqueca con el aparato de una afeccion bastante grave. M. Calmeil hace mencion de casos, afortunadamente muy raros, en que era sumamente atroz el dolor que partia del fondo de la órbita; en que los músculos del ojo, el párpado inferior y los músculos de la cara, se encontraban agitados con movimientos convulsivos; en que se irradiaba el dolor hácia las encías, á los lados del cuello y á los arcos alveolares; en que la hiperemia de la frente comunicaba á los tegumentos un color violado; en que la conjuntiva se cubria de equímosis; en que habia pinchazos y hormigeo molesto en el lado correspondiente del cuerpo ó en el opuesto á la jaqueca; finalmente, en que iba irradiándose el mal hasta la nuca, sin dejar al enfermo apoyar la cabeza en la almohada.

La duracion comun de la jaqueca es de ocho á doce horas, y solo en casos escepcionales se la ha visto durar treinta y seis, cuarenta y ocho, setenta y dos horas, y aun cinco dias, como sucedió con el sugeto que cita M. Labarraque en su tésis (1837). A veces se juzga por vómitos, por sudor, ó por una abundante escrecion de orina; pero comunmente no se observa ninguna crisis, y despues de haber dormido algunas horas es cuando se despiertan los enfermos, unos enteramente buenos, y otros con algo de molestia, abatimiento y una sensacion de pesadez y entorpecimiento en la cabeza, con inapetencia y pastosidad en la boca; pero estos síntomas no tardan mucho en desaparecer.

La jaqueca está espuesta á recidivas mas ó menos frecuentes, cuyo número varía desde cinco ó seis hasta cuarenta ó cincuenta por año. Los ataques, intensos y frecuentes en el período medio de la vida, se debilitan y hacen mas raros á medida que el enfermo va entrando en años, y al cabo cesan del todo. La renovacion de estos ataques es irregular: sin embargo, en las mujeres suelen reproducirse algunas veces en todas las épocas menstruales, y en el hombre tam-

bien suele observarse en períodos fijos, como todos los meses ó cada tres, ó mas á menudo. Schenck cita el caso de un monge, que por espacio de mas de tres años y medio padeció todos los lunes, á la misma hora, una jaqueca de las mas violentas.

Diagnóstico.—La jaqueca, por su duracion y fisonomía especial se distingue fácilmente de todas las enfermedades dolorosas de la cabeza. Si en algunos casos por su naturaleza y el sitio de los dolores se parece algo á una neuralgia trifacial, se la reconoce muy bien por la falta de puntos dolorosos, por los trastornos estomacales y por el estado de desazon y de eretismo que no se encuentra en la neuralgia facial ordinaria.

Pronóstico.—Es la jaqueca una dolencia muy modesta, carece empero de gravedad: no faltan médicos que pretenden que puede ocasionar la ceguera, la abolicion del oido, del olfato, etc., mas tales pretensiones son infundadas.

Etiología.—La jaqueca es una afeccion frecuentemente hereditaria. Casi desconocida hasta los ocho años, muy rara de los ocho á los quince, no empieza generalmente hasta la época de la pubertad, y aun muchas veces mas tarde. Se cree que es mas frecuente en las mujeres que en los hombres. Se supone que los sugetos de temperamento nervioso y bilioso están mas predispuestos á padecerla; pero no se sabe todavía de positivo. En el mayor número de casos no son conocidas las causas que provocan los accesos, y cuando son manifiestas se ve que son muy varias. En unos una conmocion moral ó una intensa aplicacion de espíritu, sobre todo en el acto de la digestion; en otros una fatiga, un estravío en el régimen; en algunos la impresion de un frio violento, ó de un calor muy fuerte, la constipacion ó el estar mucho tiempo en cama, etc., son circunstancias que pueden provocar el desarrollo de la enfermedad.

Tratamiento.—Algunos sugetos calman momentáneamente los dolores comiendo, porque los movimientos de masticacion les alivian; pero casi siempre adquieren mayor energía despues de comer, y se prolongan mas tiempo. Conviene, pues, que los enfermos esten á dieta si es fuerte la jaqueca, y que coman poco si es ligera. El mejor remedio es la quietud, el silencio y la oscuridad. Deben acostarse los enfermos y procurar dormir; y aun será bueno provocar el sueño con un poco de opio (medio á un grano). Algunos se alivian con una infusion aromática, especialmente con el té ó el café ó respirando solamente su vapor; otros prefieren las lociones acéticas ó étereas, etc. En los casos raros en que la jaqueca va acompañada de signos de congestion cerebral, deben emplearse algunos revulsivos á los miembros y aun alguna sangría del brazo: sin embargo, rara vez se presenta esta indicacion. Tambien es raro que haya necesidad por la intensidad y duracion de los dolores, de aplicar un vejigatorio amoniacal espolvoreado con un cuarto ó medio grano de sulfato de morfina. El doctor Magistel ha aconsejado sin embargo este tratamiento como método general; y afirma que empleándole en cinco ó seis ataques seguidos, desaparece definitivamente la enfermedad; pero esta opinion no está aun demostrada. Las mismas dudas tenemos acerca de la utilidad de las aplicaciones de amoniaco á la bóveda palatina, del modo que hemos dicho en la neuralgia trifacial.

Al empezar la neuralgia se consigue algunas veces hacer abortar el acceso, con el ejercicio, con un pediluvio irritante, ó con algun alimento estimulante si el enfermo está en ayunas. En estos casos, especialmente cuando em-

pieza la jaqueca con ilusiones de la vista, aconseja M. Piorry, como medio abortivo, las unturas sobre los párpados con el estracto de belladona, dilatado en agua hasta la consistencia de jarabe (1 á 2 granos de estracto). Hay un medicamento que en tales casos nos ha dado con frecuencia, aunque no siempre, resultados mas ventajosos que ningun otro, y es el polvo de paulinia á la dosis de 10 á 20 granos.

Para precaver los accesos, ó á lo menos hacer que sean mas raros, conviene evitar la larga permanencia en cama, tomar alimentos sanos, no hacer escesos, y combatir la constipacion con lavativas. Ademas se han aconsejado algunas infusiones amargas, pero este medio solo es útil cuando coexiste la jaqueca con la clorosis ó con un estado de debilidad del estómago.

Sitio.—No es posible dudar de la naturaleza neurálgica de la jaqueca; pero su sitio no siempre es el mismo. Los nervios del iris, en algunos casos, los filamentos nerviosos de las sienes, los de los párpados, de las cejas, ó de la frente, en otros, parecen hallarse afectados con especialidad; todos pueden estarlo simultánea ó sucesivamente por irradiacion del mal. Segun M. Piorry, parece que la jaqueca pertenece á las neuralgias ascendentes, y esplica por la estension de la neurosis desde las ramificaciones nerviosas al centro sensitivo, los fenómenos simpáticos del estómago y los diversos trastornos cerebrales, que forman uno de los caracteres mas marcados de la enfermedad. En último resultado, nos parece racional decir con M. Calmeil, que la jaqueca se refiere á una lesion doble del sistema nervioso, central y periférico, y que predomina tan pronto en uno como en otro. Inútil es añadir que la jaqueca carece de caracteres anatómicos.

DE LA NEURALGIA CERVICO-OCCIPITAL.

Aunque el catedrático Bérard, mayor, hizo mencion de ella, considerándola como una variedad de la trifacial, no ha sido bien descrita hasta que lo ha hecho M. Valleix. Tiene su residencia en los nervios occipitales y cervicales superficiales, es decir, en la rama posterior de los cuatro primeros nervios cervicales. Se observa en esta neuralgia, lo mismo que en la facial, un dolor continuo, gravativo ó contusivo, y despues punzadas intermitentes que casi siempre parten de debajo del occipucio, y un poco hácia la parte esterna de las primeras vértebras cervicales, propagándose desde aquí á la parte superior del cráneo. La presion en la superficie de la cabeza y del cuello, ha dado á conocer á M. Valleix muchos puntos dolorosos: 1.° el punto *occipital*, situado entre la apófisis mastoides y las primeras vértebras cervicales, un poco mas cerca de estas que de aquella, y que corresponde al punto de emergencia del nervio occipital; 2.° Se encuentra mas abajo, en el borde anterior del trapecio y en el posterior del esterno-cléido-mastoideo, ó por encima de la parte media del cuello otro punto doloroso que puede llamarse *cervical superficial*, el cual corresponde al punto de emergencia de los principales nervios que concurren á formar el plexo de este nombre; 3.° El punto *parietal*, que es comun á esta neuralgia y á la trifacial; tiene su sitio en la inmediacion de la eminencia parietal, hácia la cual suben las punzadas siguiendo el nervio occipital y algunos filamentos de la rama mastoidea; 4.° Hay un punto doloroso sobre la apófisis mastoidea, que se dirige algunas veces debajo del lóbulo de la oreja, lo cual esplica el error de los que colocan entonces la enfermedad en el nervio

del séptimo par: este es el punto *mastoideo*; 5.° Finalmente, en la concha de la oreja se observa otro que debe llamarse *auricular*. A veces se quejan los enfermos de punzadas en lo interior del oido, y M. Valleix cree que existen entonces en los ramos superficiales que dan la sensibilidad al oido esterno y de ninguna manera en los que atraviesan el peñasco.

Pueden limitarse las punzadas á los puntos que acabamos de indicar; pero frecuentemente se irradian á lo lejos, se propagan por las divisiones del nervio frontal á los demás nervios de la cara, y se dirigen otras veces en sentido inverso hácia la parte posterior del cuello y al hombro.

Aun no son bastante numerosos los hechos para determinar cuál es la marcha y duracion de esta neuralgia, tambien se ignora cuáles son las causas especiales que la desarrollan.

La neuralgia cervico-occipital solo pudiera confundirse con el tortícolis; pero este difiere de ella en que los movimientos exasperan mucho los dolores, la cabeza está inmóvil, inclinada á un lado ó á otro, segun el músculo afectado; este se presenta duro; la presion es dolorosa en una grande estension, y no en puntos aislados; finalmente, el dolor es continuo, y no se reproduce por accesiones.

El tratamiento es el mismo de la neuralgia trifacial; pero debe insistirse mas en los vejigatorios volantes.

DE LA NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL.

Bajo el nombre de neuralgia *cervico-braquial* se designan las neuralgias que tienen su sitio en las raices posteriores de los últimos pares cervicales, en el plexo braquial y en los nervios que salen de él.

Indicada (segun dicen) por Celso, pero descrita por primera vez por Cotugno, solo se encontraban observaciones aisladas en los autores y periódicos, cuando reuniendo M. Valleix todos estos elementos diseminados, trazó en su obra una historia bastante completa de la enfermedad.

Esta neuralgia puede afectar la mayor parte del plexo braquial, ó estar concentrada en una de sus ramas de terminacion, especialmente en el nervio cubital, etc. La neuralgia radial y músculo-cutánea y la del nervio mediano, son mucho mas raras.

Lo mismo que en todas las demás neuralgias, existe un dolor sordo, punzadas que se reproducen por accesos y diversos puntos dolorosos muy variables en número. Los principales, segun M. Valleix, son: 1.° el *axilar*, situado en la parte superior de la axila; 2.° el *epitrocleo*, al nivel del sitio en que el nervio cubital da vuelta á la epitroclea; 3.° el *cúbito-carpiano*, en el punto en que el mismo nervio, superficialmente situado, pasa por delante del carpo para dirigirse á la palma de la mano.

El nervio radial afectado de neuralgia presenta dos puntos dolorosos principales, situados, uno en el sitio en que el nervio da vuelta al húmero, y otro en la parte inferior del radio. Finalmente, en la neuralgia cervico-braquial existen aun diversos puntos dolorosos, á saber: la parte esterna de las vértebras cervicales, la parte interna del ángulo formado por la clávicula y el acromion, y la parte superior y media del detoides.

La neuralgia cervico-braquial solo pudiera confundirse con un reumatismo muscular; pero se distingue este de aquella por la dificultad de los movimientos y por los dolores que estos provocan. Ademas, no se reproducen las punzàdas por accesos marcados; y si la presion produce dolores, ocupan estos una gran superficie y no existen en puntos diseminados como en las neuralgias.

El tratamiento es el mismo de la neuralgia precedente.

DE LA NEURALGIA INTERCOSTAL Ó DORSO-INTERCOSTAL.

La neuralgia de que vamos á ocuparnos tiene su sitio en los nervios intercostales.

Historia.—Vagamente indicada por varios autores, conocida hacia muchos años por Fouquier, por ese catedrático, cuya falta es tan digna de sentirse, esplicada ya en las lecciones del mismo, no fue, sin embargo, descrita por primera vez con exactitud hasta que lo hizo el cirujano Nicod en 1818. Pero la memoria de este autor pasó casi desapercibida, y la neuralgia intercostal quedó confundida con diversas afecciones dolorosas de las paredes torácicas. Por otra parte, los autores ingleses y americanos, tales como Prayer, Is, Parrich, Teale, Griffin, Thomas, Malone, Todd, y Ollivier en Francia, engañados sin duda por el escesivo dolor que se produce comprimiendo el ráquis en los casos de neuralgia intercostal, no localizaron este dolor en las divisiones de la rama posterior de los nervios dorsales, sino en la médula misma, que suponen el sitio de una alteracion especial, á la que han dado el nombre de *irritacion espinal.* Tal era el estado de la ciencia, cuando el doctor Bassereau, médico muy distinguido, dedicándose con todo su celo á la observacion clínica, descubrió en 1838 el verdadero carácter de la enfermedad, y determinó su sitio con exactitud, segun puede verse en la tesis que publicó en 1840. M. Valleix, que en un principio habia aprendido de M. Bassereau á conocer la enfermedad, la ha estudiado despues muy detenidamente, y la ha dedicado, primero en los *Archives* de 1840, y posteriormente en su obra, un artículo lleno de interés.

Síntomas.—En la neuralgia intercostal existe muchas veces un dolor continuo, sordo, contusivo, y punzadas que se reproducen con intervalos regulares; estas últimas se irradian comunmente desde el raquis, en toda la estension del espacio intercostal ó solo en una parte. El dolor fijo del dorso va acompañado con frecuencia de un dolor de la misma naturaleza, en uno de los lados del tórax hácia la parte media, y mas comunmente todavía en el epigastrio ó en la parte anterior y lateral del esternon. Pero estos tres puntos dolorosos solo pueden apreciarse por la palpacion.

Si, en efecto, se palpa con la yema de uno ó muchos dedos la espina dorsal de un individuo afectado de neuralgia intercostal, se produce un dolor mas ó menos intenso en el momento en que se apoya sobre ciertos puntos de esta region. Puede escitarse este dolor, comprimiendo al nivel de los agujeros de conjuncion, ó sobre las apófisis espinosas: tambien puede producirse cuando se levanta en forma de pliegue la piel que cubre á estas últimas, lo cual prueba que esta sensibilidad escesiva no procede de una enfermedad de la médula, sino que reside en la rama posterior del nervio intercostal. Este dolor puede ser poco intenso; pero por lo comun es atroz y arranca gritos á los enfermos. Casi

siempre es circunscrito, pues generalmente no tiene mas que una pulgada de estension, y caracteriza el punto *posterior ó vertebral*. Esplorando con cuidado el espacio intercostal, se descubre muchas veces hácia su parte media otro punto no menos doloroso que el precedente, y que se llama punto *medio ó lateral*; es tan circunscrito como el primero, pero comunmente no es tan intenso. Finalmente, en la parte anterior, ya entre los cartílagos y un poco á la parte esterna del esternon, ya en un lado del epigastrio á corta distancia de la línea media, existe otro punto doloroso, llamado punto *anterior*, *esternal ó epigástrico*, mas frecuente que el lateral, pero mucho menos constante que el posterior.

Estos tres puntos dolorosos están en relacion, como han notado MM. Bassereau y Valleix, con la distribucion de los nervios dorsales. En efecto, la parte en que la presion desarrolla un dolor vivo, corresponde á los tres puntos en que estos nervios envian directamente á los tegumentos un ramo mas ó menos considerable, que por consiguiente se hace mas superficial (1).

Tan limitado se halla el dolor en cada uno de los puntos que acabamos de designar, que á algunas líneas de distancia no produce ninguna molestia la presion aunque sea muy fuerte. El dolor provocado por la presion puede estar circunscrito á un solo punto, ó manifestarse tambien en los otros dos. Generalmente sienten dolor los enfermos al toser, al respirar, y á veces tambien al hacer movimientos con el brazo ó el tronco. Este dolor, que, como dice M. Valleix, tan pronto reside en un punto como en otro, sin ninguna regla fija, es mas ó menos intenso: la mayor parte de los enfermos le comparan á un estupor ú hormigueo cuando están en quietud; pero de cuando en cuando adquieren los dolores el carácter de un calor ardiente, de punzadas intensas ó de tirantez penosa.

Cuando es antigua la enfermedad, se irradian á veces los dolores al cuello, al hombro y al brazo, y en las mujeres á la glándula mamaria; pero esto último solo se observa cuando están afectados de neuralgia los espacios intercostales en que se apoya este órgano (Bassereau).

En la afeccion de que tratamos, sienten muchas veces los enfermos dolores de la misma naturaleza en diferentes partes del cuerpo; no se observa ningun trastorno notable en las funciones respiratorias y circulatorias, y los órganos digestivos están generalmente en su estado normal. Pero en las mujeres se observan diferentes trastornos en la menstruacion, si bien estos accidentes no son constantes ni mucho mas comunes en esta neuralgia que en las que hemos estudiado y estudiaremos en lo sucesivo.

¿Es cierto que la neuralgia intercostal izquierda, si se halla á la altura del bazo, está frecuentemente acompañada de acciones febriles intermitentes de tipo cotidiano? Esta asercion emitida por M. Piorry carece de fundamento.

(1) Para comprender lo que precede, es preciso recordar que los nervios dorsales tienen tres puntos principales de division, y en cada uno de ellos se hace superficial un ramo mas ó menos considerable, para distribuirse mas ó menos completamente por los tegumentos: este ramo es el que M. Cruveilhier llama *perforante*. Dicho autor admite dos: uno *anterior*, próximo al esternon, corresponde al punto doloroso anterior; el otro *medio*, se halla en medio del espacio que separa el esternon del ráquis, y corresponde al punto doloroso lateral ó medio. Por último, la rama dorsal, al salir del agujero de conjuncion, suministra filamentos que atraviesan los transverso-espinosos y demás músculos, para dirigirse hácia el tegumento; estos filamentos corresponden al punto doloroso posterior.

La neuralgia ocupa casi siempre muchos nervios intercostales, pero rara vez están afectados todos en un mismo grado. La intensidad de la enfermedad guarda generalmente relacion con el número de dichos órganos.

Curso, duracion y terminaciones.—Comunmente se desarrolla la afeccion de un modo gradual, y termina lo mismo, despues de haber presentado en su curso exacerbaciones y remisiones muy irregulares. Su duracion casi siempre es muy larga y variable; puede prolongarse muchos años, pero jamás tiene una terminacion funesta; está sujeta á frecuentes recidivas.

Diagnóstico.—M. Bassereau ha demostrado que sin la palpacion es imposible diagnosticar con seguridad la neuralgia intercostal, y darse cuenta de los fenómenos que la acompañan. Para hacer esta esploracion deben seguirse las reglas que ha dado M. Valleix: asi es que cuando un enfermo se queja de un dolor en un punto del pecho, es indispensable pasar el dedo, comprimiendo ligeramente por los lados de la columna vertebral, y en la direccion de la fila de agujeros de conjuncion. Si existe una neuralgia intercostal, en el momento en que se llega al punto doloroso hace el enfermo un movimiento, como si quisiera librarse de la compresion, y á veces da un grito. Despues se continúa comprimiendo sobre la estremidad posterior de los espacios subyacentes, y se llega á un punto en que deja de sentirse de repente el dolor. Por este medio se encuentran los límites superior é inferior de la afeccion, y se conoce el número de puntos posteriores. Luego es preciso comprobar con cuidado la estension de estos puntos dolorosos, comprimiendo alrededor de ellos en todas direcciones; entonces se ve que por todas partes se reproduce repentinamente la sensibilidad natural, de suerte que es muy patente la línea de demarcacion que existe entre esta última y la sensibilidad morbosa. Finalmente, nunca debemos olvidarnos de esplorar de la misma manera el lado opuesto de la columna vertebral, cuya insensibilidad á la presion es un escelente punto de comparacion. Despues se cuentan de arriba abajo los espacios vertebrales de la region dorsal, para determinar cuáles son por su órden numérico los nervios afectados. Se hace por delante la misma operacion, empezando siempre por el primer espacio intercostal, á fin de que, por la transicion repentina de los espacios sanos á los enfermos, se pueda obtener un resultado exacto, y tanto mas precioso, cuanto que ignorando por necesidad el enfermo á qué punto de la parte anterior debe corresponder el dolor de la posterior, no podria engañarnos por ningun motivo. Por último, contando los espacios intercostales de arriba abajo, se ve si hay coincidencia entre el número y sitio de los puntos doloridos.

Para conocer el punto lateral se sigue á lo largo del espacio intercostal comprimiendo por todas partes con igualdad. En este caso es todavía mas necesaria la esploracion comparativa del lado sano; pues hay algunos sugetos en quienes una presion mediana entre las costillas, sea en la parte anterior, sea en las laterales del pecho, produce dolor; pero en semejante circunstancia están igualmente doloridos ambos lados y en una grande estension. Si, por el contrario, existe una neuralgia intercostal, uno de los lados está muy dolorido en puntos muy limitados, al paso que en el otro solo se siente un dolor muy soportable. En el caso de neuralgia intercostal, basta una ligera presion para producir grandes dolores, y teniendo cuidado de esplorar el tórax con mucha atencion, se evitará cualquier error.

La neuralgia intercostal se distingue fácilmente de todas las afecciones agudas y crónicas de las vías respiratorias, por medio de la percusion y de la auscultacion: examinando con cuidado el sitio, direccion y límites del dolor, será tambien muy fácil, como veremos mas adelante, distinguir la neuralgia intercostal de la pleurodinia y de la angina de pecho.

Pronóstico.—El pronóstico solo es grave por lo rebelde de la enfermedad, que lo es tanto mas, cuanto mas antigua, y cuando coincide con una lesion orgánica del pecho ó del vientre.

Etiología.—La neuralgia intercostal, con frecuencia espontánea y primitiva, es una enfermedad muy comun y mucho mas frecuente que la trifacial: puede presentarse en todas las edades; sin embargo, es mas comun desde los 17 á los 40 años (Valleix): es mucho mas frecuente en los hombres, y acomete con preferencia á los individuos nerviosos y de constitucion débil. La enfermedad tiene una predileccion muy marcada á los nervios del lado izquierdo; casi siempre invade á la vez dos, tres ó mas espacios intercostales, y es mas comun en el sesto, séptimo y octavo.

La neuralgia intercostal, muchas veces espontánea y primitiva, se desarrolla con frecuencia en el curso ó declinacion de ciertas enfermedades. A esta neuralgia deben referirse los dolores vivos y pertinaces de las paredes torácicas que suceden á la zona de estas partes. Tambien es muy comun la neuralgia intercostal en la tisis pulmonal y en las pleuresías crónicas. Finalmente, M. Bassereau dice que todavía se observa con mas frecuencia esta enfermedad como sintomática de una afeccion del útero ó sus dependencias; sin embargo, son poco numerosos los hechos que cita en apoyo de su teoría. Ademas, creemos que M. Valleix ha demostrado que los trastornos observados en las funciones uterinas son efecto y no causa de la neuralgia, y que pertenecen menos á la intercostal que á la lumbo-abdominal.

Tratamiento.—M. Valleix únicamente ha conseguido buenos resultados con os vejigatorios, que deben ser volantes; pero si persiste el dolor, se curarán con una sal de morfina, empezando por una quinta parte de grano. El primer vejigatorio se pondrá sobre el punto mas dolorido. Algunas veces basta esta aplicacion para calmar ó hacer desaparecer del todo el dolor en los demás puntos dolorosos; sin embargo, cuando estos se resisten, que es lo mas frecuente, deberá combatirse directamente cada uno de ellos con un vejigatorio. Pero, por muy eficaz que sea este remedio, no creemos que deba recurrirse á él desde un principio, especialmente si es benigna la enfermedad. En este caso convendrá limitarse á dar friegas con franelas impregnadas del vapor de azúcar ó de benjuí, ó practicar unturas con linimento amoniacal (una dracma de amoniaco por onza de aceite): ó aplicar el cloroformo: muchas veces hemos conseguido buenos resultados con estos medios. Ademas se corregirá el estado constitucional por los medios apropiados. Como la mayor parte de los enfermos son de constitucion débil, estarán casi siempre indicados los ferruginosos, los tónicos y los baños de mar. Finalmente, en las mujeres se estará al cuidado de las funciones del útero, y se combatirán los trastornos de este órgano, bien sean causa ó bien efecto de la neuralgia intercostal.

DE LA NEURALGIA LUMBO-ABDOMINAL.

Esta neuralgia, acerca de la cual solo tenemos nociones muy incompletas, ocupa las ramas anteriores y posteriores de los nervios lumbares, y especialmente las del primer par.

Síntomas.—M. Valleix ha descrito diversos puntos dolorosos. Cuando la enfermedad solo ataca las ramas posteriores, especialmente las del primer par, únicamente existen dos puntos dolorosos, uno situado un poco á la parte esterna de las primeras vértebras lumbares (*punto lumbar*); otro un poco mas arriba de la parte media de la cresta del íleon (*punto ilíaco*). Si están afectadas las ramas anteriores, podrá ademas provocar la presion un dolor vivo al lado de la línea blanca, encima del anillo inguinal (*punto hipogástrico*), y hácia la parte media del ligamento de Falopio (*punto inguinal*). M. Valleix hace mencion de otro dolor en la parte inferior del testículo (*punto escrotal*), ó en el espesor de los grandes labios; lo cual inclina á este autor á referir á la neuralgia lumbo-abdominal la enfermedad descrita con el nombre de *neuralgia íleo-escrotal* de *testículo doloroso* ó *irritable testis*, opinion que no nos parece aun suficientemente demostrada.

Algunas veces existen en las mujeres diversos trastornos uterinos, tales como desarreglos de la menstruacion ó leucorreas mas ó menos abundantes; pero el síntoma mas notable es un dolor vivo del cuello uterino, limitado casi siempre á una de sus mitades, y situado al mismo lado que la neuralgia, escepto en los casos en que esta es doble, pues entonces puede ocupar igualmente el dolor los dos lados del cuello. El padecimiento del útero no va acompañado de ninguna alteracion en el color, calor, consistencia y volúmen de las partes enfermas. M. Bassereau ha hecho tambien mencion de este dolor; pero en nuestro concepto, no ha interpretado bien los hechos cuando le ha referido á una metritis, afeccion que, á su vez, provocaria la manifestacion de una neuralgia intercostal por intermedio de los filamentos del gran simpático. Creemos mas conforme con la observacion, decir como M. Valleix, que en estos casos existe una neuralgia lumbo-abdominal que ha invadido parte del plexo lumbo-sacro, y que el dolor intenso circunscrito á la mitad del cuello, no es mas que un punto doloroso como los que se observan en las demás neuralgias.

En el estado actual de la ciencia no es posible determinar el curso, duracion y terminacion de esta neuralgia. Tampoco sabemos nada acerca de las causas especiales que pueden producirla.

Diagnóstico.—El lumbago es la enfermedad que mas fácilmente pudiera confundirse con la neuralgia lumbo-abdominal: sin embargo, no creemos que haya gran dificultad en distinguir ambas enfermedades, porque, como veremos mas adelante, en el lumbago el dolor es nulo ó moderado cuando está quieto el enfermo, adquiere mucha intensidad en los movimientos del tronco, y ocupa manifiestamente las masas musculares de la region lumbar. Si algunas veces es dolorosa la presion sobre estas, nunca lo es tanto como en la neuralgia, y ademas no está el dolor concentrado en puntos aislados. La atenta esploracion de los órganos genitales, nos dará á conocer si el dolor hipogástrico de que se

queja una mujer, depende de una neuralgia de las ramas anteriores de los nervios lumbares ó de una afeccion del útero.

Tratamiento.—Los vejigatorios, empleados como hemos dicho al tratar de la neuralgia intercostal, parecen ser tambien el medio preferible en el tratamiento de las neuralgias lumbo-abdominales.

DE LA NEURALGIA DEL TESTÍCULO Ó ÍLEO-ESCROTAL.

Con los nombres de *neuralgia del testículo*, *neuralgia íleo-escrotal* (Chaussier), *irritable testis* (Ast. Cooper), se ha descrito una afeccion caracterizada por un dolor mas ó menos intenso, y á veces atroz, en el testículo, sin cambio ninguno apreciable (en el mayor número de casos) en la testura y volúmen de este órgano.

Síntomas y curso.—Puede empezar la enfermedad de repente; pero por lo comun tiene prodromos, tales como peso en el testículo é incomodidad á lo largo del cordon y en el hipogastrio. Al cabo de mas ó menos tiempo se caracteriza la afeccion; los enfermos sienten entonces en el testículo un dolor intenso, lancinante, exacerbante, que se irradia al cordon, hácia el hipogastrio, el periné, y algunas veces hasta los lomos. La presion, los movimientos y la progresion lo exacerban; los enfermos, incapaces de entregarse á ninguna ocupacion, están en decúbito dorsal, un poco inclinados hácia el lado del órgano sano. El testículo conserva con corta diferencia su tamaño natural, pero la menor presion es intolerable. Puede, sin embargo, reconocerse que no está igualmente dolorido en todas sus partes, sino que hay un punto en que tiene mas especialmente su sitio la sensibilidad anormal.

Ningun trastorno notable se advierte en las funciones principales, á escepcion de los órganos digestivos. En efecto, generalmente hay constipacion, inapetencia, y muchos enfermos tienen, durante la violencia de las crisis, náuseas ó vómitos.

La neuralgia íleo-escrotal es una de las que mas enervan las fuerzas; produce un abatimiento moral estraordinario, y muchos enfermos piden con instancia la ablacion del testículo para poner término á un padecimiento á veces intolerable.

Nada sabemos acerca de la duracion de esta enfermedad, que con frecuencia parece ser de las mas rebeldes, el catedrático Roux dice que ha visto enfermos que la padecian hacia ocho ó diez años.

Diagnóstico.—El cólico nefrítico es casi la única enfermedad que pudiera confundirse con la neuralgia íleo-escrotal; pero en el primero se observan diversos trastornos en la secrecion y en la escrecion de la orina. Este líquido se segrega en menor cantidad, y aun puede estar completamente suspendida su secrecion; es rojo, sanguinolento, y lleva consigo mayor ó menor número de arenillas ó cálculos, al paso que en la neuralgia no presenta mas alteracion, que un poco de palidez en ciertos casos. En el cólico nefrítico está ademas el testículo retraido hácia el anillo; no es doloroso á la presion, ó lo es muy poco, y este aumento de sensibilidad es igual en toda su estension: en la neuralgia sucede lo contrario. Por último, en el primero no se modifican los dolores en la posicion horizontal ó con el uso de un suspensorio.

Pronóstico.—Esta afeccion es grave por la intensidad de sus dolores, y por su rebeldía.

Causas.—Son desconocidas, tanto las predisponentes como las determinantes.

Tratamiento.—Las emisiones sanguíneas locales tienen muy poca eficacia. Los medios que mejores resultados han dado en Inglaterra, son los narcóticos, y especialmente el opio, la belladona y el beleño, medicamentos que se emplean interiormente administrados y como tópicos. Si se resiste la enfermedad, debe irritarse enérgicamente la piel de la ingle ó del escroto con el ácido piroleñoso ó la tintura de iodo, ó mejor todavía aplicando un vejigatorio, que se cura despues con una sal de morfina. Ast. Cooper empezaba regularmente el tratamiento de esta afeccion administrando los calomelanos y el opio hasta que se afectaban ligeramente las glándulas salivales y se escitaban todas las secreciones. A estos medicamentos agregaba el cocimiento de zarzaparrilla, aplicaba un vejigatorio á la ingle, y mantenia la supuracion por medio del ungüento mercurial y del cerato de sabina mezclados á partes iguales; por último, mandaba dar sobre el testículo lociones evaporantes con alcohol diluido, con éter, ó con nitrato de potasa é hidroclorato de amoniaco. Cuando se resiste el dolor á todos estos medios, no debemos titubear en aplicar una moxa sobre el trayecto del cordon espermático. Algunos enfermos piden con instancias la ablacion del testículo; pero debe saberse, que segun resulta de los ejemplos citados en Inglaterra por M. Curling, en su obra sobre las enfermedades del testículo, no siempre evita la castracion la reproduccion de los dolores, ora en el otro lado del escroto, ora en el mismo y siguiendo el trayecto del cordon espermático. En cuanto á la escision del nervio, que se ha recomendado igualmente, solo diremos que antes de practicarla seria preciso poder conocer exactamente el nervio afectado, y esto es cabalmente imposible en el mayor número de casos.

DE LA CIÁTICA Ó NEURALGIA FÉMORO-POPLÍTEA

SINONIMIA.—*Gota ciática; ischias nervosa de Cotugno.*

La ciática es la neuralgia de los nervios de este nombre.

Historia.—Si hemos de dar crédito á varios eruditos, tuvo Hipócrates algunas nociones acerca de la ciática; pero las ideas de los médicos griegos, latinos y árabes eran sumamente vagas, y sus descripciones pueden referirse lo mismo á una neuralgia fémoro-poplítea que á una enfermedad de la cadera. Si Cotugno no descubrió la enfermedad á mediados del siglo XVIII, tuvo por lo menos la gloria de determinar su sitio, de describirla con exactitud, de fijar su terapéutica, y de distinguirla de las afecciones con que tan á menudo se la confundia. Bajo todos estos aspectos nada ha dejado que hacer Cotugno á sus sucesores: sin embargo, citaremos como dignos de mencion especial, un artículo de Arloing (*Journal général* de 1827), la memoria de M. Martinet, y principalmente la obra de M. Valleix, en que la historia de la neuralgia ciática está trazada de una manera bastante completa.

Anatomia patológica.—Por muy antigua que sea la ciática, no va acompa-

ñada de ninguna alteracion notable en la testura del nervio. Cotugno dice, sin embargo, haber encontrado en un caso que la parte superior del nervio ciático, tenia un color amarillo, y que su vaina estaba infiltrada de serosidad. Pero esta alteracion no tiene ninguna importancia, porque el individuo en quien se encontró, sucumbió con ictericia y edema de los miembros inferiores. Igualmente puede dudarse, dice M. Valleix, de la exactitud del hecho estraordinario referido por Cirillo, de un nervio ciático, que ademas de estar un tercio mas grueso de lo regular, habia adquirido la fuerza y densidad de un tendon.

La falta de toda lesion apreciable es, pues, un carácter comun á la ciática como á todas las neuralgias: puede, sin embargo, suceder que al hacer la autopsia de un sugeto que haya padecido una ciática, se encuentre el nervio comprimido y atrofiado por un tumor cualquiera, ó bien puede ser invadido su tejido por una degeneracion escirrosa, ó bien por último puede hallarse parte del nervio rodeado y penetrado de venas varicosas, como lo han visto Bichat, Rousset y Peyrude, aunque una sola vez cada uno de ellos. Pero todas estas lesiones son sumamente raras, y demuestran que en algunos casos escepcionales puede ser sintomática la ciática.

Síntomas.—Es raro que la ciática empiece de repente: casi siempre se desarrolla gradualmente; los enfermos se quejan de una sensacion de pesadez, de entorpecimiento, y de frio en uno de los miembros inferiores, y al cabo de algun tiempo, que varía desde unos dias á muchas semanas, se caracteriza la enfermedad. El síntoma predominante y casi único es el dolor: por cierto tiempo puede estar circunscrito al pliegue de la nalga, á la salida del nervio ciático; pero bien pronto se irradia algunas veces hácia la cadera, casi siempre al muslo y á todo el miembro abdominal. Es continuo, sordo, contusivo; puede ir acompañado de una sensacion de frio ó de calor ardiente, de pinchazos, de hormigueo, etc.; pero de cuando en cuando, sea espontáneamente, sea al hacer un movimiento, un esfuerzo, ó solo al respirar un poco fuerte, se exacerba; entonces se quejan los enfermos de tiranteces atroces, punzadas violentas, que algunas veces parten de la estremidad inferior del miembro, pero que generalmente siguen una direccion inversa. La presion, que es á veces dolorosa en toda la estension del nervio á poco que se toque la piel, no lo es sin embargo, en el mayor número de casos, sino en ciertos puntos aislados.

La estension del dolor indica con exactitud la del nervio enfermo; asi es que unas veces está dolorido el nervio ciático desde su orígen hasta su terminacion; otras está limitado el dolor á una parte de su trayecto, como el muslo (ciática crural), la pierna (ciática peronea) ó el pié (ciática plantar).

El miembro ó estremidad abdominal no ofrece modificacion alguna de color ó temperatura en la ciática. El frio de que se quejan algunos enfermos no es mas que una aberracion de sensibilidad: sin embargo, en algunos casos hemos notado al tacto una disminucion notable de temperatura del miembro. Tampoco es raro encontrar, especialmente en el dorso del pié, una anestesia mas ó menos completa.

Por poco aguda que sea la ciática, está el enfermo condenado á una completa quietud, porque, como ya hemos dicho, los movimientos provocan dolores lancinantes, que se declaran con preferencia cuando los enfermos sientan el pié en el suelo: sin embargo, la mayor parte de ellos pueden aun moverse en la cama

sin grandes dolores. Algunos, por el contrario, están casi inmóviles, echados por lo general del lado opuesto, porque el decúbito sobre el muslo enfermo es á veces insoportable. Los que pueden andar, lo hacen con mas ó menos trabajo y cojeando. El calor de la cama no produce efectos constantes : si en el mayor número de casos alivia, en otros, por el contrario, parece escitar y hacer mas frecuentes las punzadas. Hay tambien individuos, que afectados mas levemente, apenas tienen punzadas, y sí solo un dolor obtuso ó contusivo frecuentemente, con mucha dificultad para moverse, pero los movimientos se van haciendo cada vez mas libres, y el dolor disminuye ó cesa algunas veces despues de haber andado un poco. La neuralgia ciática no va comunmente acompañada de ningun trastorno notable de las principales funciones : el pulso está natural, aun en lo mas fuerte de la crisis.

Curso, duracion y terminaciones.—El curso de la ciática es muy irregular y ofrece grandes variaciones; generalmente se exaspera la enfermedad por la noche, como la mayor parte de las afecciones agudas. Sus parasismos no presentan regularidad alguna en su duracion y renovacion; apenas se citan algunos casos en que se haya reproducido el dolor de una manera intermitente. La ciática puede disiparse con rapidez, pero jamás de repente; declina gradualmente, y despues de haber esperimentado algunas ligeras exacerbaciones, desaparece del todo. Es tan variable la duracion de la enfermedad, que casi es imposible fijar un término medio. Si algunas ciáticas se disipan á los pocos dias, otras se prolongan mucho tiempo, hasta diez, quince, veinte ó treinta años. Comunmente duran por lo menos dos septenarios, y por lo regular, á poco intensas que sean, se prolongan uno ó muchos meses. Las ciáticas que tienen una duracion efímera solo se observan en los sugetos que padecen habitualmente esas neuralgias erráticas que se reemplazan y alternan entre sí.

Sea cual fuere la violencia y duracion de la ciática, jamás ocasiona la muerte : sin embargo, cuando se prolonga por espacio de muchos años llega á debilitar la constitucion y á trastornar las funciones digestivas, lo cual se esplica por la continuidad de los dolores y la privacion del ejercicio. En las ciáticas muy antiguas, se atrofian los músculos del miembro y el tegumento pierde parte de su sensibilidad. La ciática presenta frecuentes recidivas.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la ciática siempre es fácil. La existencia de un dolor sordo, contusivo ó lancinante, y exacerbante por momentos, situado sobre el trayecto del nervio ciático, dolor con cuyo auxilio el enfermo determina la direccion del nervio tan exactamente como lo haria el mejor anatómico, así como la presencia de puntos dolorosos, aislados y diseminados, bastan para distinguir la enfermedad de un reumatismo de la nalga. Este va acompañado de tumefaccion, de un dolor intenso limitado á la articulacion, la cual no puede ejecutar ningun movimiento. La coxalgia se distingue tambien fácilmente de la ciática, porque en la primera ocupa el dolor la cadera, y si este dolor afecta simultáneamente la rodilla, no se encuentra en esta parte ningun punto doloroso á la presion; el miembro no tarda en alargarse, y luego se acorta en cuanto se verifica la luxacion : ademas, desde muy al principio se nota una tumefaccion de la nalga, y despues abcesos y fístulas, accidentes que jamás se observan en la ciática, á no ser que haya complicaciones independientes de la neuralgia. Algunas veces se han confundido con la ciática simple ciertas enfermedades de

la médula que van acompañadas de calambres, hormigueo y dolor en los muslos y piernas. Pero la parálisis, que hace contínuos progresos, y que muchas veces invade igualmente la vejiga y el recto, y determina la evacuacion involuntaria ó la retencion de orina y de materias fecales, ilustrará al profesor acerca de la naturaleza del accidente. Ademas, la ciática doble es sumamente rara, en términos que cuando se observa en un sugeto, debe temerse que la enfermedad sea sintomática de una afeccion de la médula. Cuando se prolonga la ciática, debe verse si depende de alguna de las afecciones que vamos á indicar en breve; para lo cual se esplorará con cuidado el trayecto del nervio á fin de descubrir si hay en él alguna degeneracion; se palpará el vientre, se introducirá el dedo en la vagina y en el recto, para asegurarse de que en la escavacion pelviana no hay tumor que, comprimiendo el nervio ciático, pudiera ocasionar la enfermedad.

Pronóstico.—La ciática no ofrece ninguna gravedad cuando es reciente; no es temible sino porque no se puede calcular su duracion, y porque está sujeta á frecuentes recidivas. Si la enfermedad se prolonga algunos años, á pesar de combatirla con tratamientos racionales, y principalmente si va acompañada de un principio de parálisis, apenas debe tenerse esperanza de curacion.

Etiología.—La ciática es la mas frecuente de todas las neuralgias; sin embargo, M. Valleix cree que no lo es tanto como la de los nervios intercostales.

Con corta diferencia se presenta con igual frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo; pero es mucho mas comun en los hombres que en las mujeres: casi no es conocida antes de la pubertad, y M. Valleix ha demostrado que se repartia con igualdad en los períodos de diez años comprendidos entre los veinte y los sesenta. Todas las constituciones y temperamentos están igualmente predispuestos, y entre todas las condiciones higiénicas, la única cuya influencia está bien probada, es el frio húmedo, circunstancia que habia obrado en casi la mitad de los enfermos, cuya observacion ha analizado M. Valleix. En el mayor número de casos empieza espontáneamente la ciática, y cuando ha existido una causa ocasional, casi siempre es el frio, y con especialidad el frio húmedo, ya obre este sobre todo el cuerpo, ya solamente sobre el muslo, como cuando los sugetos se han echado sobre tierra ó yerba húmeda. Asi se esplica cómo la ciática es mucho mas comun en los meses mas frios del año. A veces sucede la ciática á una contusion; pero no está demostrado que diversas causas señaladas por los autores, como ciertas metástasis, la supresion del flujo hemorroidal y el virus venéreo, produzcan el mismo efecto. Hemos dicho que la ciática podia ser algunas veces sintomática, y esta forma es mas comun en las mujeres que en los hombres, porque en ellas los embarazos, las dislocaciones del útero y los tumores de la escavacion pelviana comprimiendo el nervio, son causas de neuralgias muy rebeldes.

Tratamiento.—Cuando es poco intensa la ciática y no impide al enfermo andar y moverse, basta el uso de un linimento volátil (aceite una onza, amoniaco una dracma); ó bien se aplica un sinapismo como rubefaciente á la parte superior del muslo. Se toman algunos baños simples, ó bien baños ó chorros de vapor, y se cubre el miembro con franela.

Si la ciática es mas intensa, y principalmente si hay punzadas violentas y prolongadas, conviene aplicar algunas sanguijuelas ó poner ventosas en los pun-

tos mas doloridos, al mismo tiempo se prescribe algun linimento narcótico, se da interiormente una bebida sudorífica, y por la tarde un poco de opio para proporcionar algun descanso. El cloroformo, con tanta frecuencia eficaz en las neuralgias superficiales, no suele serlo en la ciática. Pero si bien algunas veces alivian estos medios, casi nunca curan; asi es que no debe insistirse mucho en ellos. Por poco rebelde que sea la ciática será preciso combatirla al momento con la medicacion que mejores resultados da, segun ha probado Cotugno, es decir, con el vejigatorio.

Este se colocará sobre el punto mas dolorido; y si al dia siguiente de la aplicacion subsiste el dolor en algunos otros puntos, será preciso aplicar otro sobre ellos. Asi es que en las ciáticas intensas pueden ponerse simultáneamente, ó con cortos intervalos, un vejigatorio en el pliegue de la nalga á la salida del nervio de la pelvis, otro sobre la cabeza del peroné, á la parte esterna de la pantorrilla, sobre el maléolo esterno y empeine del pié; puntos que eran para Cotugno otros tantos sitios de eleccion. Si el dolor ha cesado, el vejigatorio será volante; en el caso contrario se sostendrá la supuracion por espacio de algunos dias con la pomada epispástica: tambien podrá espolvorearse la superficie de la úlcera con una pequeña cantidad de sal de morfina. Casi siempre es preciso, para triunfar del mal, recurrir muchas veces á la aplicacion del vejigatorio, ora en los mismos puntos, ora en los inmediatos. Cuando se resiste la enfermedad, hay que recurrir á medios mas violentos, tales como la aplicacion de una ó muchas moxas á los puntos mas doloridos; otros prefieren en tal caso la cauterizacion transcurrente diseminada sobre los principales puntos del dolor: M. Jobert ha obtenido muchos y buenos resultados por este medio que es tambien el que M. Valleix prefiere. Yo lo he empleado con éxito contra las ciáticas mas rebeldes. Cuando se recurre á él, conviene volver al enfermo de antemano insensible, ya por medio de la respiracion del cloroformo, ya aplicando una mezcla frigorifica á la parte sobre que debe obrar el hierro candente.

Se ha querido tambien curar la ciática aplicando el cauterio actual á un punto mas ó menos lejano del sitio afectado. Se ha propuesto la cauterizacion profunda del dorso del pié con el hierro candente á lo largo del espacio interóseo que separa el cuarto hueso del metatarso del tercero. De cuatro á cinco años á esta parte se metó gran ruido con otro método usado desde mucho tiempo por los albéitares de Córcega, el cual, despues de haber hecho de él mencion el doctor Lucciana, se ha ensayado con éxito en París por el catedrático Malgaigne. Consiste este método en la cauterizacion del hélix del lado correspondiente á la ciática, y cerca de su entrada en la conca. La parte se toca rápidamente á una estension de cuatro á cinco líneas con un yerro candente del diámetro de dos líneas. El resultado de este tratamiento es, en una tercera parte de casos, la cesacion *instantánea* y definitiva de la ciática. Por estraño que sea este método, debe fijar la atencion, y no vacilaria en recurrir á él en las ciáticas antiguas, que se han resistido á medios mas racionales y usados. La cauterizacion del hélix obra probablemente por la viva revulsion que el dolor produce. El mismo resultado se ha obtenido por la electricidad. Sabido es que dirigiendo con rapidez una corriente, se pueden producir atroces dolores. M. Duchenne ha podido de este modo triunfar de las ciáticas, pero los grandes resultados se obtienen principalmente cuando se obra sobre el tegumento al nivel del nervio enfermo.

Pueden prescribirse tambien con ventaja algunas medicamentos interiormente: tal es en primer lugar el opio, que mas bien es un medio paliativo que curativo. No sucede lo mismo con la quina y especialmente con el sulfato de quinina, que por sí solo puede triunfar de la enfermedad, como ha observado Cotugno, si las exacerbaciones del dolor fuesen periódicas. Las bebidas sudoríficas solo son medios auxiliares pero que no tienen por sí grande eficacia.

Cheyne y F. Home, en Inglaterra, MM. Récamier y Martinet en Francia, han recomendado mucho contra la ciática el uso interior del aceite de trementina, y en efecto, parece que en ciertos casos ha producido muy buenos resultados: sin embargo, como tiene el inconveniente de trastornar las funciones digestivas, como se le ha visto determinar accidentes bastante graves, segun ha demostrado Reveillé-Parise, conviene emplearle con mucha prudencia y cuando han sido inútiles los otros medicamentos (10 escrúpulos en un looc para tomar tres ó cuatro cucharadas al dia, ó en electuario).

Sea cual fuere el tratamiento que se emplee, conviene colocar á los enfermos en buenas condiciones higiénicas: se tendrá principalmente cuidado de preservarles del frio húmedo y de las variaciones atmosféricas; se les aconsejará que lleven calzon de franela, y que tengan el vientre suelto á beneficio de laxantes tomados á menudo.

Los únicos medios profilácticos consisten en evitar el frio y la humedad. cuidarán los enfermos de no estar con los piés mojados; se abstendrán de sentarse en el suelo ó en bancos de piedra, y tendrán la cama lejos de las puertas y apoyadas en paredes que no esten húmedas.

DE LA NEURALGIA CRURAL.

La neuralgia del nervio crural es una de las mas raras y de las menos conocidas, pues apenas posee observaciones de ella la ciencia: es la que ha descrito Cotugno con el nombre de *ischias nervosa antica*, Chaussier con el de *femoro-pretibial*.

Está caracterizada la neuralgia crural por un dolor que se estiende desde la íngle á la cara anterior del muslo, á la parte lateral de la pierna, al maléolo interno, á la cara supra-plantar del pié, y principalmente á las numerosas divisiones de la rama tibio-cutánea (Chaussier). El dolor presenta los mismos caracteres que en las demás neuralgias. Tambien ha observado M. Valleix diferentes puntos dolorosos diseminados y circunscritos correspondientes á los puntos en que se hace el nervio superficial y envia ramos cutáneos.

Segun Chaussier, se cura mas fácilmente esta neuralgia que la ciática, y exige el mismo tratamiento. M. Martinet dice que ha conseguido muy buenos resultados con el aceite de trementina.

DE LA ANGINA DE PECHO.

Sinonimia.—Esternalgia, *sternodia sincopalis*, neuralgia del corazon.

La angina de pecho es una afeccion apirética, que se reproduce por accesiones caracterizadas por un dolor vivo, lancinante, en la parte inferior del ester-

non que se irradia hácia el cuello, muchas veces al brazo izquierdo, acompañado de suma dificultad de respirar y de una sensacion de constriccion y de ansiedad inesplicable.

Historia.—En muchos autores se encuentra la historia de enfermos que se hallaban evidentemente atacados de angina de pecho. Uno de los mejores ejemplos lo refiere Morgagni en su vigésima séptima carta (§ 31); pero á la sazon no se habia aun clasificado la enfermedad, y hasta 1768 la angina de pecho fue designada como una afeccion distinta en una carta escrita á Lorry por un médico de Besancon llamado Rongnon. Sin embargo hasta cuatro años despues (1772) no la dió Heberden el nombre que tiene en el dia, al mismo tiempo que publicó una descripcion bastante completa de ella en las *Transactions médicales*, y provocó varios trabajos de algunos de sus contemporáneos, tales como Wall (1772), Fothergill (1773) Hamilton (1783 y 1800) y otros varios. Desde el principio de este siglo, se han hecho en Inglaterra varias investigaciones acerca de esta enfermedad por Parry (1806), y posteriormente por Forbes; en Italia por Brera (1810); en Alemania por Wichman; en Francia por M. Carron, cuyas investigaciones se encuentran en el *Journal général* (1811), por Baumes, que publicó en 1808 dos memorias en los *Annales de la societé de médecine de Montpellier*. Ultimamente tres autores han publicado cada uno una monografía estimada sobre la angina de pecho. Desportes en 1811, Jurine en 1815, Lartigne en en 1846.

Anatomía patológica.—La angina de pecho no tiene caracteres anatómicos; sin embargo, la mayor parte de los autores, y principalmente los médicos ingleses, han sostenido la opinion contraria, y pretendido referir la enfermedad á diversas alteraciones de los órganos torácicos ó de las paredes del pecho. Asi es que se han considerado como la razon anatómica de la angina de pecho las osificaciones de los cartílagos costales, el aumento de grasa del corazon, la hipertrofia de esta víscera, las osificaciones de las arterias cardiácas y de las válvulas, las dilataciones aneurismáticas de la aorta, la aortitis, los derrames de la pleura y del pericardio, y hasta las afecciones orgánicas del hígado, especialmente la hipertrofia. Pero semejante doctrina es inadmisible en el dia, y solo deben considerarse estas lesiones como simples coincidencias ó complicaciones; porque, por una parte, puede existir y existe comunmente sin ellas la angina de pecho; y por otra, se encuentran á cada paso algunas de estas lesiones orgánicas, sin que á pesar de ello hayan presentado los individuos ninguno de los síntomas de la enfermedad.

Síntomas y curso.—La angina de pecho empieza generalmente de repente en medio de las apariencias de la mas perfecta salud. Sorprendido por ella el sugeto cuando va andando, se para de pronto, viéndose amenazado de sofocacion y de síncope. Siente un dolor constrictivo y dislacerante, casi siempre en la parte inferior y lateral izquierda del esternon, á lo largo de una línea que se estendiese desde una tetilla á otra (Fothergill); dolor que no se aumenta ni por la presion, ni con los movimientos del brazo, ni con las inspiraciones profundas, y que parece que atraviesa el pecho de parte á parte y de adelante atrás, y se propaga muchas veces al brazo izquierdo, y casi nunca al derecho, siguiendo en ambos casos la direccion del nervio cubital hasta el codo y á veces hasta los dedos. En muchos enfermos se irradia tambien el dolor por los filamentos del plexo cervical superficial á la parte lateral del cuello, y aun hasta la mandíbula infe-

rior y la oreja: sin embargo, en estos casos sienten los pacientes hácia el cuello mas bien un entorpecimiento molesto, que un dolor agudo. En algunos, y principalmente en las mujeres, afectándose al mismo tiempo las ramas torácicas anteriores, sobreviene una viva exaltacion de la sensibilidad en la mama y en los tegumentos que la cubren; finalmente, puede irradiarse el dolor al epigastrio y parte inferior del vientre, y á veces á los cuatro miembros á la vez; pero es raro que ocupe simultáneamente todos los puntos que acabamos de indicar. Casi nunca se irradia el dolor de la parte lateral izquierda del pecho mas que al miembro superior correspondiente ó á algunos puntos del tronco: en algunos casos raros empieza en estas últimas partes y se estiende rápidamente al tórax, de lo cual citan algunos ejemplos Heberden, Jurine y otros.

Durante la violencia de la crisis esperinentan los enfermos una sensacion de constriccion y de angustia inesplicables, y se encuentran amenazados de sofocacion. La cara está pálida y desencajada; la superficie del cuerpo fria y bañada de un sudor viscoso: algunos tienen lipotimias y aun síncopes. Los enfermos, en tan grave estado, temen un fin próximo; están aniquiladas sus fuerzas; el pulso que Heberden supone normal, casi siempre es pequeño, débil, y á veces intermitente ó irregular; rara vez hay palpitaciones, la respiracion está un poco mas acelerada de lo regular; pero, segun ha observado Jurine en cuatro casos, jamás pasa de 36 inspiraciones por minuto; de consiguiente no está en relacion su frecuencia con los profundos trastornos que se observan ni con la ansiedad de los enfermos: ademas es notable que la mayor parte pueden hacer profundas inspiraciones sin que se lo impida el dolor. Al contrario de lo que sucede en los asmáticos, los individuos afectados de angina de pecho no guardan ninguna posicion especial; su actitud, dependiente mas bien del dolor que de la disnea, es muy varia; unos quedan inmóviles, temiendo el menor movimiento, al paso que otros inclinan el tronco hácia atrás ó hácia adelante, etc.

Cuando va á cesar el parasismo, se calman poco á poco los dolores, la constriccion torácica y la ansiedad que le acompañan. En algunos se marca el fin del acceso por vómitos y eruptos gaseosos. A los pocos momentos han desaparecido todos los sintomas graves, y los enfermos solo sienten una gran fatiga y una molestia ó quebrantamiento, mas bien que dolor, en el pecho y brazos.

No todos los accesos tienen el mismo aspecto, la misma intensidad, ni la misma duracion. En unos domina el dolor; en otros los síncopes y la resolucion de las fuerzas. Ademas se concibe que cuando la angina se complica con una afeccion órganica del corazon ó de los grandes vasos, deben existir síntomas en relacion con estas alteraciones. En estos casos, principalmente, es cuando la disnea se hace intensa y el pulso pequeño y desigual, y cuando hay palpitaciones. La intensidad de las accesiones no es siempre la misma. Las primeras son por lo regular poco intensas, y solo duran algunos segundos ó minutos; pero á pesar de esta benignidad, conservan los enfermos mucha aprension, y conocen que no hubieran podido resistir el ataque á poco que se hubiera prolongado. Al cabo de un intervalo, que varía desde algunas horas á muchos años, se reproducen los mismos accidentes; cuanto mas se renuevan las crisis, tanto mas intensas y largas son; asi es, que llegan á durar media hora, y aun muchos dias, como en un caso citado por Heberden. Sin embargo, cuando se prolonga el ataque por una ó muchas horas, es preciso que haya siempre

remision; porque no se concibe que pudiera sostenerse mucho tiempo la vida en medio de los dolores y angustias tan intensas que sufren los enfermos en la fuerza de la accesion. Las crisis se reproducen por lo comun espontáneamente, lo mismo de dia que de noche; en este último caso, casi siempre es despues del primer sueño, es decir, á una misma hora con corta diferencia. Muchas veces son tambien provocadas por un esfuerzo, un movimiento repentino, la equitacion, el movimiento de un carruaje, una conmocion viva, etc. Cuando se reproducen con muy cortos intervalos los ataques, conservan generalmente de uno á otro los enfermos una sensacion de incomodidad en todo el pecho; es muy comun que á los pocos pasos que anden tengan que pararse, á consecuencia de alguna sensacion dolorosa en la parte inferior del pecho, pues si continuasen andando, infaliblemente sobrevendria un nuevo ataque. Si las crísis son con largos intervalos, si los enfermos no padecen ninguna lesion orgánica de los pulmones, del corazon ó de los grandes vasos, se restablecen pronto y bastante completamente, sin esperimentar ningun entorpecimiento en la respiracion, ni trastornó alguno apreciable en los órganos circulatorios. En la angina de pecho conservan los enfermos la integridad de las funciones digestivas y su gordura, aun cuando son muy frecuentes los ataques.

Duracion y *terminaciones.*—La duracion de la angina de pecho es indeterminada; hay sugetos que despues de haber padecido uno ó varios ataques, no han vuelto á tener novedad, pero en la mayor parte se renuevan con intervalos variables, y les hacen sucumbir.

La muerte es, en efecto, la terminacion mas comun de la enfermedad: casi siempre sobreviene de repente, como fulminante, ora en lo fuerte de un ataque, ora en su principio. Asi es, que muchos sugetos se paran de pronto cuando van andando, como sorprendidos por el ataque, y caen muertos en el acto, sin que la autopsia nos manifieste ninguna lesion que esplique un fin tan rápido, De 164 enfermos cuyas observaciones ha analizado J. Forbes, 94 murieron de repente.

Algunos autores, y en particular Jurine, creen que renovándose y aproximándose los ataques de angina de pecho, pueden llegar á producir alguna lesion grave en el corazon ó en los grandes vasos; pero esta opinion, emitida *á priori*, no está sancionada por la observacion. Cuando debe verificarse la curacion, disminuyen de intensidad los ataques y se hacen mas raros.

Diagnóstico.—Un dolor violento, constrictivo, que se presenta casi siempre de repente, que desde la parte inferior é izquierda del esternon se irradia á diversos puntos del tronco, y muchas veces á lo largo del brazo del mismo lado: un dolor de esta especie, acompañado de una grande ansiedad y de una angustia de las mas penosas, que hace creer al enfermo que está próximo su fin, que se disipa al cabo de algunos minutos, y generalmente al cabo de un cuarto de hora ó media hora, no puede caracterizar ninguna otra enfermedad que no sea la angina de pecho. Las enfermedades de los pulmones, los derrames abundantes en el pericardio y en las pleuras, las afecciones orgánicas del corazon y los aneurismas de la aorta, determinan tambien accesiones de opresion, una sofocacion inminente y síncopes; pero en estas enfermedades no hay los dolores vivos, constrictivos, con irradiacion al brazo izquierdo, que caracterizan la angina del pecho. En todas hay mucha dificultad de respirar, anhelacion, y

no pueden los enfermos hacer inspiraciones profundas: en la angina de pecho sucede lo contrario. Ademas, en las primeras se ven obligados los enfermos á guardar ciertas actitudes, á estar medio sentados, y no pueden adoptar otras sin verse amenazados de asfixia. No insistimos mucho en los resultados suministrados por la percusion y auscultacion; porque no es raro encontrar en la angina de pecho signos físicos de una alteracion orgánica de las vísceras torácicas, La neuralgia intercostal se asemeja algo mas á la angina de pecho, porque existe en dicha afeccion un dolor vivo, lancinante, que generalmente reside en el lado izquierdo del tórax; pero este dolor no se irradia al brazo; por muy vivo que sea no va acompañado de angustia, y aunque es exacerbante, no se presenta por ataques tan distintos como los que caracterizan la angina de pecho. En esta no produce dolor la presion de las paredes torácicas: sin embargo, conviene tener presente que la angina de pecho va algunas veces acompañada de neuralgia de los nervios intercostales y de los filamentos del plexo cervical superficial.

Pronóstico.—La angina de pecho es una afeccion sumamenre grave; pero curable. Podrá esperarse un buen resultado si son poco intensos los ataques, si se reproducen muy de tarde en tarde, y si no depende la enfermedad de ninguna afeccion orgánica, y acomete á un sugeto bien constituido. Sin embargo, aun entonces debe hacerse con reserva el pronóstico, porque desgraciadamente vemos que en algunos de estos casos sucumben de repente los enfermos, y burlan nuestras previsiones.

Etiología.—J. Forbes ha demostrado que era mucho mas comun la enfermedad en los hombres que en las mujeres, pues de ochenta y ocho enfermos habia ochenta hombres. Aunque se ha observado en todas edades, y aun en la infancia, segun dice Hamilton, que lo observó una vez, puede sin embargo, afirmarse que es rara antes de los cincuenta años, pues de ochenta y cuatro individuos cuyas observaciones ha analizado Forbes, setenta y dos pasaban de esta edad. La enfermedad en algunos casos parece hereditaria; no es raro verla padecer á varios individuos de una misma familia, y yo he visto atacados de ella á dos hermanos exactamente en la misma edad. Se ha supuesto que los climas húmedos y frios favorecen el desarrollo de la enfermedad; pero se ignora la influencia que ejercen la constitucion, el temperamento y las diversas condiciones higiénicas.

Todo lo que acerca del particular se ha dicho necesita pruebas. Parece, sin embargo, que, como la mayor parte de las neurosis, la angina de pecho ataca con mas frecuencia á los individuos de la clase acomodada que á los de la clase pobre. Asi es muy rara en los hospitales.

Tratamiento.—El tratamiento de la angina de pecho comprende los medios empleados para contener los ataques y los destinados á evitar su reproduccion.

Admiracion causa, despues de haber visto un ataque de angina de pecho, que haya habido médicos que aconsejen la sangria. Laënnec, queria, sin embargo, que se sacase sangre durante el ataque, cuando era grande la opresion y el sugeto pletórico, y Parry no creia que la pequeñez del pulso, la palidez del cutis y el enfriamiento general fuesen contraindicaciones. Pero esta práctica irracional está generalmente proscrita, y no se puede recurrir á ella sin esponer á los enfermos á grandes peligros. Todavía no ha sancionado la esperiencia la

utilidad de los vomitivos, aconsejados por Percival en lo fuerte del ataque, como medios perturbadores.

Durante el ataque, cuando el pulso está insensible y el cutis frio, conviene aplicar cataplasmas sinapizadas ambulantes á las estremidades, ó escitar estas partes con un linimento amoniacal y dar fricciones suaves con láudano á la pared anterior del tórax; al mismo tiempo se administra interiormente una preparacion calmante antiespasmódica; el éter, el licor de Hoffmann, el agua de laurel real, y sobre todo el opio, son los medicamentos mas útiles. Heberden preferia la tintura tebáica á la dosis de 25 gotas en una pocion, y la mezclaba con igual cantidad de vino antimoniado; pero esta mezcla no parece que da grandes resultados. Como muchos enfermos vomitan ó hacen esfuerzos para ello, y á otros les cuesta trabajo tragar, puede ser conveniente introducir el opio en lavativas, en cuyo caso se prescribirá el láudano de Sydenham á la dosis de 16 á 20 gotas, y si al cabo de media hora no hubiese producido efecto el medicamento, deberá repetirse la dosis.

Cuando hemos anatematizado las emisiones sanguineas, hemos querido hablar principalmente de las sangrías generales; pero no sucede lo mismo con las locales, y especialmente con las ventosas escarificadas, que aplicadas al tórax en la fuerza del dolor, han servido para calmarle; debe, pues, recurrirse á ellas, con especialidad en los sugetos pletóricos, en los cuales deberá abrirse *escepcionalmente* la vena del brazo, si lo indicase el estado del pulso. Cuando se prolonga el ataque á pesar de estos medios, convendrá aplicar un gran vejigatorio al esternon.

¿Puede la electricidad ser útil para combatir un ataque de angina de pecho? En 1853 M. Duchenne refirió en el *Bulletin général de thérapeutique* la historia de dos casos de angina de pecho cuyos ataques fueron dominados por la electrizacion practicada *loco dolenti*. ¿Fue la curacion definitiva? Lo ignoro; pero se interrumpieron por espacio de algunos meses los ataques, lo que es ya una ventaja inmensa. Dudo mucho que la electricidad aplicada fuera de la accesion pueda ser jamás útil. Lo mismo en la angina de pecho que en todas las demás neurosis, hay ventaja en no obrar sino durante los ataques.

Para evitar la reproduccion de los accesos se han aconsejado una porcion de medios, cuya utilidad no está generalmente demostrada: tales son principalmente los sudoríficos, como la zarzaparrilla, el guayaco, los polvos de Dower, el ácido fosfórico, los antimoniales, los purgantes repetidos, los tónicos, como la quina, los exutorios lejos del mal, etc. Entre los agentes terapéuticos cuyo efecto no es tan inseguro como el de los precedentes, citaremos los narcóticos y antiespasmódicos, y con especialidad el opio, el beleño, la belladona, la asafétida, el almizcle, el alcanfor, la valeriana y los éteres. Cuando se reproduce la afeccion periódicamente, lo cual se observa con especialidad si se presentan los ataques durante la noche, deberá administrarse el sulfato de quinina solo ó con el opio, ocho ó doce horas antes del principio probable del ataque. Con este solo medio hemos curado una angina de pecho hace quince años, sin que haya vuelto á reproducirse.

Tambien se ha evitado la reproduccion de los ataques, ó á lo menos se han hecho mas raros, manteniendo un exutorio en el pecho por espacio de mucho tiempo, ó provocando en el mismo punto de cuando en cuando erupciones pus-

tulosas, por medio de fricciones con el aceite de crotontiglio ó la pomada de Autenrieth. Laënnec ha alabado mucho la aplicacion al tórax de chapas imantadas de una línea de grueso, de figura ovalada, y ligeramente encorvadas para acomodarse á la forma de las paredes: pone una sobre la region precordial izquierda, y otra en la parte opuesta del dorso, de manera que los polos esten exactamente opuestos. Dicho autor no considera este medio como medio infalible; pero asegura que le ha producido mejores resultados que ningun otro para disminuir la ansiedad de los enfermos, y alargar los intervalos que separan los ataques. Cuando es poco el alivio que produce la aplicacion del imán, suele obtenerse mayor aplicando un pequeño vejigatorio debajo de la chapa anterior (Laënnec). Entre los medios empleados contra la angina de pecho, no debemos olvidar los baños, que serán tibios en invierno y frescos en verano: en esta estacion serán muy convenientes los de mar.

Para completar el tratamiento, se someterán los enfermos á un régimen severo, harán un ejercicio moderado, y se cuidará de alejar de ellos todo lo que pudiera escitar el sistema nervioso.

Naturaleza y sitio.—La angina de pecho, por su invasion repentina, por sus reproducciones en forma de accesiones, por su intermitencia y por la falta de lesion orgánica, debe pertenecer por precision á la clase de las neurosis, y esta es, en efecto, la opinion que adoptan casi todos los autores. Como su carácter dominante es el dolor, á veces lancinante, que casi siempre se propaga en la direccion conocida de los diversos cordones nerviosos, es imposible dejar de referirla á las neuralgias; opinion vagamente emitida por Fothergill y Baumes, y desarrollada por primera vez con gran talento por el doctor Desportes. Mas difícil es empero asignar á la enfermedad su asiento exacto, y determinar cuáles son los nervios positivamente afectos. Segun Laënnec, no siempre son los mismos, y pueden afectarse aisladamente el nervio neumogástrico y los filamentos cardiácos del gran simpático; pero es imposible decir nada de cierto acerca de este punto. Considerando la gravedad de los accidentes, no es posible dudar de que en la angina de pecho existe la neuralgia en los nervios cardíacos. Si se hiciese la objecion de que á veces no presenta el pulso durante los ataques, ni intermitencia ni irregulalidad, responderiamos que esto no puede debilitar nuestra opinion; porque hemos visto que la neuralgia de los demás cordones nerviosos no producia constante ni aun ordinariamente la contraccion convulsiva de los músculos por donde se distribuyen. Los dolores en los nervios torácicos, en los ramos procedentes del plexo cervical, braquial y aun lumbar y sacro, solo son accidentes, irradiaciones de la enfermedad mas allá de su sitio primitivo, por medio de las anastomosis. No es de consiguiente posible admitir, con M. Piorry, que la angina de pecho sea solamente una neuralgia de los nervios torácicos, de los del plexo braquial y del nervio cubital. Volvemos á decir terminantemente que esta enfermedad no depende esencialmente de ninguna lesion orgánica del corazon, ni de ningun otro órgano, y que estas alteraciones, cuando existen, deben considerarse como complicaciones que hacen la enfermedad casi necesariamente incurable.

DE LAS NEURALGIAS DE LOS PULMONES.

Laënnec dice que no es raro encontrar sugetos que, sin presentar ningun signo físico ó de otra clase de una enfermedad orgánica cualquiera del pulmon, y muchas veces en un estado de perfecta salud, sienten en lo interior del pecho dolores vivos, pasageros ó de larga duracion, continuos ó intermitentes, fijos ó movibles, circunscritos ó estensos, que á veces se irradian en la direccion de los nervios intercostales, de los torácicos anteriores, del plexo braquial y de las ramas que nacen de él. Con bastante frecuencia, añade Laënnec, se fijan estos dolores á mucha profundidad entre la columna vertebral y el omóplato, y se irradian de modo que parece que tienen su sitio en el gran simpático: pueden ser muy persistentes, pues Laënnec ha sido consultado por enfermos que los padecian hacia muchos años.

Los medios que mejores resultados han dado á Laënnec contra estas afecciones dolorosas del pecho, han sido las fricciones mercuriales, y principalmente las fricciones en cualquiera parte del cuerpo, variando cada vez con el sublimado ó los calomelanos, á la dosis de 4 á 8 granos en 1 dracma de manteca. Otras veces ha empleado la trementina, las chapas imantadas y los vejigatorios.

Debemos, sin embargo, advertir, que ninguno de estos medios tiene una eficacia demostrada, y que no ha puesto Laënnec fuera de duda la existencia de la neuralgia pulmonal. Todo induce á creer que muchas veces ha debido tomar por tales las simples neuralgias.

DE LA GASTRALGIA.

Sinonimia.—Gastralgia, gastrodinia, cardialgia, cólico del estómago, calambre del estómago, etc. Las palabras gastralgia y cardialgia no son enteramente sinónimas en el lenguaje de algunos autores, que emplean esta última para designar un dolor gastrálgico con *desfallecimiento*, al paso que designan con la primera un dolor con sensacion de presion, pero sin desfallecimiento.

La gastralgia es la neuralgia del estómago, caracterizada principalmente por un dolor vivo, exacerbante, situado en el epigastrio; pero que se irradia por lo comun á las partes inmediatas, y acompañado de una sensacion de malestar y de ansiedad muy penosa, y de diversos trastornos funcionales de los órganos digestivos. El doctor Barras y algunos otros médicos han propuesto hacer de la palabra *gastralgia* un término colectivo que sirva para designar todas las neurosis del estómago. Pero no creemos que deban confundirse bajo una dominacion comun enfermedades que, aunque idénticas por su naturaleza, se presentan, sin embargo, con síntomas diferentes, y exigen una terapéutica especial. ¿Qué paridad hay en efecto entre una neurosis del estómago cuyo carácter dominante y casi único es un dolor intenso, atroz, como se observa en la gastralgia y otras neurosis de la misma víscera, caracterizadas, unas por vómitos incesantes otras por la lentitud de las digestiones ó la inapetencia, ó al contrario, por un apetito voraz, etc.? No es pues posible confundir en una misma descripcion

enfermedades tan desemejantes por sus caracteres esteriores ni mucho menos quererlas imponer un mismo nombre, el de gastralgia, que siempre recuerda la idea de un dolor intenso. Vamos pues, á ocuparnos solo de la neuralgia del estómago, reservándonos para mas adelante el tratar de las demás neurosis de esta víscera.

Historia.—Se encuentran algunas indicaciones acerca de las gastralgias en las obras antiguas, y aun en las de Hipócrates y Galeno; pero estas nociones son muy vagas, y por espacio de mucho tiempo no han sabido los médicos distinguir la gastralgia de las demas neurosis. Se reconocen los rasgos principales de esta enfermedad en las descripciones que nos han dejado los antiguos de las afecciones vaporosas, del histerismo y de la hipocondría. Sin embargo, desde el siglo XVII ha ocupado la gastralgia simple un lugar importante y distinto en los tratados de medicina, en los cuales se encuentra descrita con los nombres de *cardialgia* y *gastrodinia*. Ha sido objeto de investigaciones especiales de Wilrich (1679), de Stahl (1731), de F. Hoffmann y de Truka, que á fines del siglo último publicó acerca de la gastralgia una monografía bastante estimada y notable, como todos sus escritos, por su grande erudicion. La doctrina fisiológica, confundiendo las neurosis gástricas con las inflamaciones, habia hecho retrogradar la ciencia y dado á la terapéutica de estas enfermedades una direccion viciosa; pero afortunadamente no tardaron en ponerla en buen camino Johnson, Schmidtmann y Barras, que publicaron con muy corto intervalo, tres monografías importantes acerca de la gastralgia, el primero en Inglaterra, el segundo en Alemania y el tercero en Francia.

Síntomas y curso.—En la gastralgia existe constantemente un dolor intenso, cuya violencia es á veces extremada. Es lancinante ó dislacerante en unos, ardiente en otros; algunos enfermos le comparan á una mordedura; otros creen que el estómago, cada vez mas distendido, va en fin á romperse; ó bien por el contrario, es una sensacion de presion, de constriccion, como si una mano de hierro ó un torno empujase el epigastrio contra la columna vertebral. Estas diferentes sensaciones pueden conservar el mismo carácter todo el tiempo que dure la enfermedad; otras veces por el contrario, se suceden, se reemplazan, no solamente de un ataque á otro, sino aun en uno mismo (Barras). Hay sin embargo, gastralgias en que no tiene el dolor tanta intensidad; en tal caso es mas bien dice M. Barras, un malestar penoso é indefinible en la region del estómago, acompañado de náuseas, de debilidad, de ansiedad, y algunas veces de sensaciones estrañas. Asi es que á muchos enfermos se les figura que se hincha y se llena mas de lo regular este órgano, á otros que está vacío y contraido; muchas veces sienten en él un calor intenso ó un frio glacial; algunos, por último, tienen una sensacion de hormigueo análoga á la que produciria un reptil ó una araña que trepase por la membrana mucosa.

El dolor gastrálgico se irradia comunmente á diversas partes del vientre, al dorso, á los hombros y á las paredes torácicas. La presion metódica, progresiva y sin sacudimientos, con la palma de la mano aplicada al epigastrio, le calma por lo comun, aunque no siempre: otras veces sucede lo contrario. Tampoco es raro que el dolor gastrálgico, situado mas bien que en el epigastrio en la parte posterior, y á lo último de la region dorsal, adquiera una agudeza escesiva cuando se comprime en este punto, como hemos tenido ocasion de obser-

varlo muchas veces. En tales casos no parecia que hubiese complicacion de neuralgia intercostal.

El dolor es intermitente ó remitente, cesa del todo ó disminuye mucho de intensidad por algunos momentos, y luego se reproduce con nueva violencia. Cuando son fuertes los ataques, se encuentran los enfermos en un estado de padecimiento y ansiedad inesplicables, y les parece que se van á sofocar; otros se desmayan; y por último, hay algunos que tienen delirio y convulsiones, como lo ha observado algunas veces Schmidtmann en mujeres muy nerviosas. En algunos enfermos son mas penosos los accesos por ir acompañados de náuseas y vómitos; otros no esperimentan mas que algunas regurgitaciones amargas ó ácidas. Si la crisis sobreviene durante el trabajo de la digestion, esta se retarda comunmente: pero los alimentos se conservan por lo comun en el estómago.

En medio de tan horrorosos padecimientos, es notable que el pulso conserva generalmente su ritmo normal: sin embargo, cuando es grande la agitacion, se acelera mas ó menos y se concentra; en tal caso suelen percibirse en el epigastrio pulsaciones tumultuosas, cuya naturaleza averiguaremos mas adelante al estudiar las neurosis del sistema arterial.

Los ataques dolorosos, despues de haber durado con violencia desde algunos minutos hasta diez ó doce horas, se calman poco á poco. Puede cesar el dolor de repente si no ha sido muy intenso ni de mucha duracion, y en tal caso recobra el enfermo su salud sin transicion ni convalecencia alguna. Mas no sucede asi cuando los ataques han sido violentos y prolongados, porque entonces sienten los enfermos un poco de dolor en el epigastrío por mas ó menos tiempo, y están molidos, quebrantados y sin fuerzas.

A veces se marca la declinacion del ataque, por un desprendimiento mas ó menos considerable de gases inodoros, que salen por la boca y generalmente sin esfuerzo. Algunas veces los espelen tambien por el ano, y esto les alivia mucho. Si orinan en este momento, el líquido es por lo regular claro y transparente.

Los ataques pueden reproducirse con mas ó menos frecuencia y á intervalos muy variables. Durante estos, pueden encontrarse completamente buenos los enfermos ó presentar trastornos permanentes, con especialidad de las funciones digestivas y del aparato de la inervacion: esto es lo que pudiéramos llamar forma crónica de la enfermedad.

En este estado, tienen los enfermos un padecimiento casi continuo del estómago; unas veces son calambres, otras tiranteces y otras peso. Estas sensaciones dolorosas pueden sobrevenir cuando está el enfermo en ayunas, y calmarse con la ingestion de los alimentos; pero es mucho mas frecuente que se desarrollen ó exacerben inmediatamente despues de comer ó á las dos ó tres horas. La digestion es penosa y dolorosa; los enfermos bostezan sin cesar; muchos tienen náuseas y eruptos casi siempre inodoros é insípidos. Algunas veces tienen ademas en el estómago un calor ardiente que se propaga hasta la faringe, y es seguido de la espulsion de una materia líquida, acre y muy ácida; entonces decimos que hay *pirosis*. El epigastrio está regularmente tenso, mas sonoro á la percusion por el desprendimiento considerable de gases que se verifica en el estómago: tampoco es raro que cese ó disminuya mucho el dolor despues de es-

peler los enfermos por la boca cierta cantidad de fluidos elásticos. Los vómitos son raros, y cuando los hay, suelen ser generalmente mucosos, y si contienen sustancias alimenticias casi siempre son líquidas, pues las sólidas quedan en el estómago. A no haber alguna complicacion nunca arrojan los enfermos sangre por la boca ó por el ano.

El apetito es muy raro: en unos existe en su estado natural, en otros está abolido, en algunos aumentado, y en los mas es irregular. M. Trousseau ha notado con su exactitud que los alimentos que digiere el estómago sin dolor varian casi tanto como los enfermos; algunas personas solo pueden tomar leche; otras digieren mejor las carnes que las legumbres y otras prefieren las pastas y las preparaciones del mismo género y las digieren mas fácilmente. Puede decirse por regla general que la alimentacion analéptica, tónica y escitante se tolera mejor que la suave ó emoliente. La sed es muy variable; la lengua está húmeda limpia y sin rubicundez; no hay mal sabor de boca, si bien algunos enfermos lo perciben ácre, ácido, salado ó picante. La diarrea es un fenómeno raro, la constipacion por el contrario, casi habitual. No se observa ningun trastorno en las funciones circulatorias ni respiratorios: sin embargo, algunos enfermos padecen palpitaciones, especialmente durante la digestion; muchos tienen cefalalgia, vértigos y somnolencia; otros se ponen tristes, taciturnos, y muchos se vuelven hipocondríacos.

A pesar del trastorno permanente de las digestiones, es raro que se desmejoren los enfermos, y la mayor parte conservan á poca diferencia su gordura y sus fuerzas habituales. La demacracion y la fiebre lenta que algunas veces se observan si no dependen de un régimen demasiado debilitante, ó si no coinciden con ataques violentos y repetidos muy á menudo, casi siempre indicarán una complicacion orgánica. No es raro encontrar individuos que se quejan por espacio de quince ó veinte años, ó por toda su vida, de dolores de estómago y malas digestiones, sin que se demacren ni pierdan las fuerzas.

Duracion y terminaciones.—Es muy variable la duracion de la gastralgia: puede ser de algunos minutos, ó durar muchos años en distintos grados. Lo mismo que todas las demás neuralgias, está espuesta á recidivas, y en tal caso alterna frecuentemente con dolores de la misma naturaleza en diversas partes del cuerpo, como se observa principalmente en las cloróticas.

No tenemos noticia de que ningun enfermo haya sucumbido en un ataque de gastralgia; pero cuando la afeccion se reproduce con mucha frecuencia ó es continua, ocasiona una perturbacion en todo el sistema nervioso, y provoca el desarrollo de alguna otra neurosis, aun mas grave, como la hipocondría ó el histerismo. Pero no parece que hay ninguna relacion de causa á efecto entre la gastralgia y el cáncer del estómago.

Diagnóstico.—Cuando es violenta la gastralgia, pudiera confundirse con un ataque de cólico hepático: sin embargo, fácilmente se distinguirán estas dos afecciones, con solo recordar que, en el cólico hepático, el dolor sobreviene de repente, tiene su sitio especialmente en el hipocondrio derecho, se exaspera por la presion, y va acompañado constantemente de náuseas, y muchas veces de vómitos biliosos y de ictericia mas ó menos pronunciada.

En su forma crónica, se ha confundido y todavía se confunde algunas veces la gastralgia con la gastritis crónica: sin embargo, estas dos enfermedades difieren una de otra por caracteres tan marcados, que casi siempre será fácil distin-

guirlas. Asi es que en la gastralgia el dolor situado en el epigastrio es intermitente ó remitente; desaparece ó disminuye muchas veces por la presion, y se irradia á mayor ó menor distancia; al paso que el dolor producido por la gastritis crónica está concentrado en el epigastrio, es continuo, y por poco vivo que sea, se exaspera por la presion. Por mas que se haya dicho, ni el aspecto de la lengua, ni el sabor de la boca, ni la mayor ó menor intensidad de la sed, suministran dato alguno para el diagnóstico diferencial. Mas no sucede lo mismo con el apetito y las digestiones, pues en la gastralgia se conserva aquel, y aun puede ser mayor de lo regular, si bien por lo comun está depravado. Si la ingestion de alimentos provoca muchas veces dolores intensos, tambien por el contrario suelen calmarse estos por la introduccion en el estómago de alimentos aunque sean indigestos. Si existen vómitos, casi siempre son de sustancias líquidas y viscosas. Por último, el enfermo está siempre apiréctico. Muy distintos son los fenómenos que se observan en la gastritis crónica: en esta casi siempre hay inapetencia y aun aversion á los alimentos; estos exasperan siempre los dolores; algunas veces provocan un movimiento febril, y los recibe el estómago tanto peor, cuanto mas indigestos son; y si hay vómitos, son arrojadas las sustancias sólidas con preferencia á las líquidas. Esta diferencia en el modo de verificarse las digestiones, en ambos casos, esplica por qué pueden conservarse tanto tiempo las fuerzas y la gordura en la gastralgia, y se alteran tan profunmente y tan pronto en la gastritis crónica. Por último, si se examina el curso de ambas afecciones, veremos en la primera, intermitencias, en la segunda, un curso uniforme y casi sin interrupcion.

El diagnóstico diferencial de la gastralgia y del cáncer del estómago no presenta comunmente dificultades. Si bien en ambas afecciones hay dolores epigástricos y trastornos digestivos, en la lesion orgánica los dolores son menos vivos y menos continuos que en la neurosis; los vómitos glutinosos y alimenticios son mas comunes; los eruptos ácidos y la pirosis mas frecuentes é intensos, y desde un principio los enfermos se ponen flacos. Este enflaquecimiento no guarda proporcion con los trastornos digestivos, pues sabido es que el cáncer, cualquiera que sea el punto de la economía que ocupe, altera profundamente la nutricion, siendo ademas digno de notarse que los síntomas estomacales son continuos, y que la afeccion sigue un curso lento, pero sus progresos son incesantes, y no presenta jamás esas intermisiones algunas veces tan prolongadas, esas recaidas tan súbitas, esa marcha caprichosa, desigual, que se nota en las gastralgias y en todas las demás neurosis. La duda cesa siempre en una época mas avanzada del cáncer en que se presentan los vómitos melanósicos, un tumor en el epigastrio y todos los signos de la caquexia cancerosa.

La neuralgia intercostal no puede simular una gastralgia, porque comunmente no va acompañada de ningun trastorno notable en los órganos digestivos, y una presion metódica nos descubre puntos dolorosos en ciertos sitios determinados.

Pronóstico.—Si la gastralgia no es muy antigua, si sus ataques se reproducen muy de tarde en tarde, no es alarmante el pronóstico; pero no sucede lo mismo cuando ya es muy antigua y se ha resistido á los tratamientos racionales empleados para combatirla, pues en este caso no es posible indicar su término. La complicacion con el histerismo y la hipocondría, es una de las mas

graves. En igualdad de circunstancias es tambien de mas gravedad y mas rebelde la gastralgia fija que la movible y alternada con otros dolores neurálgicos; pero esta tiene el inconveniente de ser mas frecuentes en ella las recidivas. Concluyamos diciendo que la gastralgia no es una enfermedad que termina por la muerte, pero es una afeccion de las mas dolorosas, y cuando pasa á crónica, tiene á los enfermos en un estado continuo de padecimiento, y produce la hipocondría. En atencion á estas circunstancias, debe considerarse como una enfermedad muy séria.

Etiología.—La gastralgia es una de las neuralgias mas comunes. Rara antes de la pubertad, pertenece con especialidad á la juventud y á la edad adulta; es mas frecuente en las mujeres que en los hombres; y aunque ninguna constitucion está libre, acomete con preferencia á los sugetos irritables y nerviosos. Los principales autores que se han ocupado de esta afeccion han reconocido la influencia de una predisposicion hereditaria en su produccion. Nada se sabe de cierto acerca de la frecuencia relativa de la gastralgia en los diversos climas y en las diferentes estaciones del año. Todo cuanto se ha dicho del gran número de estas enfermedades en los paises ecuatoriales, no está apoyado en datos positivos. Mas nociones tenemos acerca de la influencia del régimen y del modo de alimentacion; pues está demostrado que el uso continuado de bebidas suaves, emolientes y ácidas, ó el abuso de líquidos estimulantes, como el té, y el uso de los espirituosos, de las bebidas heladas y de las aromáticas, pueden ser causa de neuralgia. Ciertos medicamentos, como el bálsamo de copaiba y la trementina, producen el mismo efecto. Tambien se han atribuido los mismos resultados, aunque tal vez sin fundamento, á los alimentos de mala calidad é indigestos. M. Barras insiste, y con razon, en que el ayuno y el uso esclusivo de pescados determinan gastralgias en los sugetos que observan con todo rigor el régimen de cuaresma. Las conmociones morales vivas, las pesadumbres, las vigilias prolongadas, los trabajos mentales, los escesos venéreos, igualmente que la continencia, una lactacion prolongada en una mujer débil, todas las causas, en una palabra, que debilitan, escitan y conmueven el sistema nervioso, pueden determinar la gastralgia. Esta es sin duda la causa de que acometa con mas frecuencia á los habitantes de las grandes ciudades y á los que viven en la molicie y regalo. Las causas precedentes, unidas á la falta de ejercicio, esplican la frecuencia de las neurosis de las vias digestivas en los sabios y literatos.

Muchas veces sobreviene la gastralgia en el curso ó á consecuencia de muchas enfermedades: asi es que se observa con bastante frecuencia en los sugegetos curados del cólera, y suele ser muy rebelde en ellos. No es rara en la convalecencia de la gastritis y gastro-enteritis que han exigido una larga abstinencia. La gastralgia es un accidente que complica muy á menudo el histerismo, y principalmente la hipocondría; pero de todas las enfermedades conocidas, no hay ninguna que con tanta frecuencia provoque las neurosis del estómago como la clorosis. Todo cuanto se ha dicho acerca de la influencia que ejercen en la produccion de estas enfermedades el vicio reumático ó la supresion de las hemorragias constitucionales, de los exutorios, etc., necesita demostrarse.

Tratamiento.—Cuando somos llamados para un individuo que padece un

ataque violento de gastralgia, deberemos proceder como hemos dicho al tratar anteriormente de los cólicos hepáticos y nefríticos, es decir, que procuraremos adormecer el dolor con el opio. A causa de las náuseas y vómitos que tienen los enfermos, especialmente cuando ingieren bebidas en el estómago, podrá ser preferible en el mayor número de casos introducir el medicamento en lavativas. Asi es, que segun la violencia de los dolores, se inyectarán en el recto ocho ó quince gotas de láudano de Sydenham en cuatro ó cinco onzas de vehículo. Si al cabo de veinte minutos no hay alivio, y principalmente si se hubiesen exasperado los dolores, se administrará una nueva dosis, y se repetirá si no hubiese síntomas de narcotismo. No vacilamos en aconsejar en tales casos las inspiraciones de éter ó de cloroformo. Este último, aplicado á la region dolorida, alivia con frecuencia; sin embargo, en general la utilidad de las embrocaciones calmantes al epigastrio, es muy dudosa; mas no sucede lo mismo con la aplicacion de paños muy calientes, cuyo efecto es calmar ó hacer abortar los dolores fuertes; algunas veces nos ha parecido útil la aplicacion de cataplasmas sinapizadas á las estremidades inferiores como revulsivas. En tales casos no conviene dar de beber mucho al enfermo, pero tampoco privarle enteramente de bebidas. La tisana que mejores resultados nos ha dado en semejantes circunstancias, es una ligera infusion de flor de tila ó de hojas de naranjo, tomada en pequeña cantidad y á la temperatura de la habitacion. Cuando, á apesar de estos medios, se prolongan los ataques ó se reproducen muy á menudo, es preciso meter á los enfermos en un baño templado y tenerles en él mucho tiempo. Si no consiguiésemos ningun alivio, no debemos titubear en aplicar al epigastrio un vejigatorio que, segun los efectos que produjera, seria volante, ó sostenido por algunos dias y curado con el clorhidrato de morfina.

Aunque no hemos hecho mencion de las emisiones sanguíneas, no es porque las proscribamos del todo; pero creemos, con la mayor parte de los autores, que debe limitarse su uso, y que solo debe recurrirse á ellas en los sugetos robustos, pletóricos, muy sanguíneos, y cuando está el pulso lleno y duro; en tales casos puede ser útil una sangría general. Tambien hemos visto otros en que una aplicacion de sanguijuelas al epigastrio, ha calmado al momento los dolores gastrálgicos, efecto que Barras atribuye mas bien á la revulsion que hacen al cutis las picaduras, que á la deplecion de los vasos. Resulta, pues, que es menester ser muy sobrio en las sangrías en el tratamiento de las gastralgias, y no recurrir á ellas á no haber una indicacion positiva; porque la debilidad que ocasionan agrava muchas veces las neurosis existentes, y aun puede desarrollar otras nuevas.

El tratamiento de las gastralgias crónicas presenta algunas dificultades, y no es el mismo en todos los enfermos, ni en todos los períodos de la enfermedad: de consiguiente no podemos adoptar como método general, ni la terapéutica de Pomme, que recomendaba casi esclusivamente los demulcentes, ni la de Whytt, que recomendaba los tónicos. Creemos mas conveniente, á lo menos en nuestro clima, imitar á Lorry, Tissot de Réveillon y Barras, es decir, combinar los dos métodos y variarlos segun las indicaciones. Es preciso tener tambien entendido que no hay nada tan inconstante como la accion de los remedios en el tratamiento de las neurosis del estómago; pues la medicacion que es útil en un sugeto, es ineficaz y aun perjudicial en otro; el mismo individuo ob-

tiene diversos resultados con el mismo medicamento; y en esto se funda Comparetti para prescribir pocos remedios en el tratamiento de las gastralgias y de las demás neurosis del estómago, é insistir mas principalmente en el régimen.

En las gastralgias crónicas muy dolorosas, cuando está sobrescitado el estómago, y los sugetos son irritables, la indicacion es calmar sin debilitar, lo cual se consigue con un régimen suave y con el opio administrado en píldoras á la dosis de medio, uno ó dos granos, y mas, si es necesario, una ó varias veces al dia. No solamente calma el opio los dolores cuando existen, sino que evita tambien su reproduccion. Tomado pocas horas, ó poco momentos antes de comer, hace que el estómago, que antes arrojaba todos los alimentos, los tolere mejor, y aun los digiera completamente. El opio, que en todos los casos puede ser reemplazado ventajosamente por una sal de morfina, puede tambien administrarse cuando la accesion gastrálgica se declara durante la digestion, y es bastante comun ver que de este modo los alimentos se retienen y el dolor se calma con prontitud. Bajo este punto de vista es preferible el opio ó sus compuestos al sub-nitrato de bismuto, que en muchas ocasiones ha sido demasiado recomendado, en nuestro concepto, para el tratamiento de las neurósis del estómago. Hay otro medicamento al cual se ha atribuido una gran virtud en los mismos casos á título de sedativo: tal es la nuez vómica. Linneo, Huffeland y principalmente Schmitdmann, la han alabado mucho, y el último la considera como el principal medio curativo de la cardialgia, y le administra en polvo con azúcar á la dosis de dos granos, repetidos cinco veces en las 24 horas. Pero este es un medio de tratamiento que, no habiendo sido todavía sancionado por la esperiencia, solo deberá emplearse en casos rebeldes, y cuando hayan sido inútiles todos los demás medios. Lo mismo diremos, con mas motivo, del nitrato de plata empleado en las mismas circunstancias como sedativo, por Johnson en Inglaterra y Ruef en Alemania á la dosis de $^1/_4$ á $^1/_2$ ó un grano al dia. En los casos de que hablamos se tendrá cuidado de no poner á los enfermos á dieta, porque infaliblemente se aumentaria la susceptibilidad del estómago; solo se hará cuando dicho órgano arroje indistintamente todas las sustancias alimenticias. En este caso procuraremos modificar la exaltacion de sensibilidad del estómago á beneficio del opio, del subnitrato de bismuto, de las bebidas demulcentes, heladas, administradas á cucharadas, y de los baños templados. Se aplicarán ademas al epigastrio cataplasmas emolientes y anodinas, ó un emplasto calmante, como el de triaca. Si el mal se prolonga, se aplicará un vejigatorio, y aun una ó varias moxas.

Hay fenómenos que precediendo ó acompañando la digestion, deben ser examinados cuidadosamente, porque son con frecuencia el venero de alguna indicacion preciosa. Tal es principalmente el sentimiento de ardor y acedía de que se quejan muchos enfermos. ¿Depende eso de una sobreabundancia de jugo gástrico ó de una acidez mayor de este fluido? Se ignora; pero de todos modos se triunfa por lo comun de este síntoma muy fácilmente, dando el enfermo algunas tomas de magnesia, ó mejor el agua natural de Vichy que debe beberla durante la comida.

En cuanto el estómago pueda soportar algun alimento, se escogerán los mas suaves, como los caldos de pollo, y luego sucesivamente el caldo comun, las féculas, las gelatinas de carne y de frutas, y por último, las carnes blancas.

La cantidad de alimentos será proporcionada á la mayor ó menor facilidad de las digestiones.

Llega, sin embargo, una época en que ya no se digieren estas sustancias; y aun hay gastralgias que no las pueden tolerar en ninguno de sus períodos. En estos casos es preciso, como aconseja Johnson, variar poco á poco la naturaleza de la alimentacion: al principio se unirán á los demulcentes algunos tónicos, como una preparacion ferruginosa ó un vino generoso; las carnes blancas se irán reemplazando poco á poco con el carnero ó vaca asada, con un puré etc. Se administrará igualmente un poco antes de comer el estracto de bellota tostada, una taza de una infusion amarga, como la achicoria, el ruibarbo, la jenciana, el colombo, la quina, la simaruba, etc.

Debe tenerse tambien presente, en el tratamiento de las gastralgias, que hay enfermos que digieren bien ó mal los alimentos con solo variar su temperatura. Asi es que hay algunos que se curan rápidamente tomando todas las bebidas heladas y comiendo todos los alimentos frios, al paso que otros no pueden digerir sino alimentos y bebidas calientes; la mayor parte reciben bien los alimentos y bebidas á la temperatura ordinaria. M. Barras, que ha insistido en estos hechos, añade que hay que tener tambien en cuenta los gustos y hasta los caprichos de los enfermos, á no ser que su ansiedad les induzca á tomar sustancias evidentemente perjudiciales.

Es menester evitar que los enfermos beban demasiado. Las bebidas ácidas no suelen sentar bien, y el té, el café, y en general todos los escitantes difunibles son perjudiciales. Son preferibles los vinos añejos de Burdeos ó de Borgoña aguados con agua comun ó en caso necesario con una agua alcalina (Bussang ó Vichy).

Inútil es recordar que cuando hay complicacion de clorósis, sea la gastralgia su causa ó su efecto, deben prescribirse los preparados ferruginosos segun indicaciones que tenemos ya establecidas, pues sucede con frecuencia que reconstituyendo la sangre, se remedian al mismo tiempo los accidentes estomacales.

Las fricciones secas en la superficie del cuerpo, el sobamiento, los baños frios de rio, y mejor todavía los de mar, serán útiles en esta época de la enfermedad. Tambien deben aconsejarse algunas aguas minerales tomadas en su manantial, como la de Ems, Plombieres, Neris, Vichy, San Salvador, etc.

Para completar el tratamiento, es preciso colocar á los enfermos en las mejores condiciones higiénicas posibles; estarán en una habitacion bien ventilada, harán un ejercicio moderado, y se procurará distraer su imaginacion de todo lo que se refiera á sus negocios ó á su salud. Debe combatirse la constipacion por medio de lavativas simples ó ligeramente laxantes; pero nos abstendremos de los evacuantes tomados por la boca, aun en los casos en que haya síntomas de infarto gástrico ó intestinal que parecieran reclamarlos. Barras está conforme en esto con Johnson y Comparetti, y quiere que cuando sobreviene esta complicacion se ponga á los enfermos á dieta. Si hubiese precision de recurrir á los purgantes, se daria la preferencia á la infusion en frio del ruibarbo. (Véase mas adelante como complemento al artículo *Dispepsia*).

DE LA ENTERALGIA Ó CÓLICO NERVIOSO.

La enteralgia es, respecto de los intestinos, lo que la gastralgia respecto del estómago. Muchas veces se encuentran reunidas ambas afecciones en un mismo individuo; pero tambien pueden encontrarse aisladas.

Síntomas y curso.—Generalmente sobreviene de repente la enteralgia: los enfermos se quejan de un dolor vivo, dislacerante, que se irradia á todo el vientre, pero que se hace sentir mas principalmente en la region umbilical; la presion no le calma ó no le modifica; á veces, por el contrario, le exaspera. Los dolores pueden ser tan atroces como los de la gastralgia. Durante el ataque, á veces está el enfermo inmóvil, temiendo el menor movimiento, á veces, por el contrario, se revuelca dando gritos. La fisonomía está mas ó menos alterada; las estremidades frias; el cutis cubierto de sudor; á veces hay lipotimias y síncopes; pero esto es raro. Los trastornos simpáticos no son tan numerosos ni tan intensos en esta neuralgia como en la precedente, y lo mismo en una que en otra el pulso suele ser natural, aun durante los ataques. El efecto mas constante de esta neurosis es una exhalacion considerable de gases en el intestino, lo cual hace que esté el vientre abultado y dé por la percusion un sonido timpánico: hay borborigmos, una sensacion incómoda de plenitud; la evacuacion de gases por el ano produce siempre un alivio. Estos ataques no difieren de los de la gastralgia, ni por su duracion ni por su modo de reproducirse.

Tambien puede existir la enteralgia bajo la forma crónica, y subsistir entonces años entéros con remisiones mas ó menos largas, y mas ó menos completas. Estos enfermos esperimentan en el vientre un malestar habitual, tumefacciones y sensaciones análogas á las que tienen los que padecen gastralgias. Comunmente existe una constipacion pertinaz, pero á veces sobreviene un poco de diarrea. En un caso que hemos observado, parecia que la neuralgia ocupaba especialmente el intestino grueso, y mas bien el recto, y despues de cada crisis arrojaba el enfermo una gran cantidad de una materia blanca ó amarillenta, albuminofibrinosa, que se asemejaba algunas veces por la forma y el color á los fideos gordos. Esta secrecion anormal, que hizo temer la existencia de una afeccion orgánica, se reprodujo muchas veces, y cesó hace muchos años, aunque el sugeto, que mas adelante fue víctima del cólera, siguiese durante los diez últimos años de su vida esperimentando de cuando en cuando accesiones de enteralgia.

Los dolores se exacerban con las emociones morales, y mas todavía en el acto de la digestion, y con la ingestion de alimentos indigestos, los cuales dan comunmente por resultado el desprendimiento de gran cantidad de gases.

La enteralgia no predispone manifiestamente á ninguna lesion orgánica de los intestinos; no altera de un modo notable la nutricion, ni provoca la hipocondría con tanta frecuencia como lo hace la gastralgia.

Diagnóstico.—La falta de calentura y la insensibilidad del vientre á la presion, distinguirán desde luego el cólico nervioso de la peritonitis y de la enteritis: el diferente sitio del dolor y la falta de síntomas gástricos, establecen tambien una línea de demarcacion entre la gastralgia y la enteralgia. No se confundirá esta con el íleo; porque sabemos que en esta afeccion hay una constipacion

pertinaz, vómitos que, despues de haber sido alimenticios y biliosos, se hacen estercoráceos; ademas el pulso se acelera, se pone el vientre meteorizado, y estos accidentes, en vez de ofrecer remisiones ó intermitencia, como en la enteralgia, van, por el contrario, aumentándose cada vez mas.

Tambien se distingue fácilmente la enteralgia de los cólicos hepático y nefrítico; porque en la primera, reside principalmente el dolor en el hipocondrio derecho ó en el epigastrio, hay náuseas, vómitos biliosos y un color ictérico. En el cólico nefrítico tiene su sitio el dolor en los lomos, va acompañado muchas veces de retraccion de uno de los testículos, de vómitos, y de algunas alteraciones en la secrecion y escrecion de la orina. Finalmente, en ninguna de estas afecciones se observa la timpanitis abdominal.

Pronóstico.—El pronóstico de la enteralgia es algo menos grave que el de la gastralgia.

Etiología.—La neuralgia de los intestinos no reconoce ninguna causa especial, y comunmente se desarrolla bajo las mismas influencias que la gastralgia.

Tratamiento.—El tratamiento de la enteralgia no difiere sensiblemente del que hemos espuesto al tratar de las neuralgias del estómago; lo mismo que contra estas, se insistirá durante los ataques en el uso del opio ó de la morfina. Estos remedios se darán principalmente en lavativa; uniendo á ellos unturas y aplicaciones narcóticas al abdómen. En tales casos se puede tambien embotar rápidamente el dolor, cubriendo el vientre con una compresa empapada de cloroformo. Una pronta revolucion hácia este punto con un sinapismo ó algunas ventosas secas, calma algunas veces los dolores casi de repente. En el intervalo de los ataques y hasta cuando estos se prolongan, los enfermos deben tomar un baño tibio.

Si la enteralgia está sujeta á frecuentes recidivas, se someterá al enfermo á un régimen severo, del cual se escluirán todos los escitantes difusibles, los alimentos indigestos y de mala calidad, y los que producen gran cantidad de gases. Se procurará tener el vientre suelto por medio de lavativas simples, y no se recurrirá á los purgantes sino muy rara vez y cuando estén muy evidentemente indicados. Se protegerá el vientre contra las variaciones de temperatura con una franela ó una piel de liebre; se escitará la superficie del cuerpo con el sobamiento, las friegas secas y algunos baños sulfurosos. Por último, ya sea por medio del régimen, ya por medio de los medicamentos, deberemos conducirnos en conformidad con las reglas que hemos prescrito al ocuparnos de la gastralgia.

DE LA HEPATALGIA Y DE LA NEFRALGIA.

Muchos autores describen una neuralgia del hígado (*hepatalgia*) y otra de los riñones (*nefralgia*). La primera, que tiene su residencia en el plexo hepático, está caracterizada por un dolor lancinante en el hipocondrio derecho, que se irradia al dorso, á los hombros y al vientre, bastante intenso para arrancar gritos á los enfermos, y obligarles á retorcerse y revolcarse en el suelo ó en la cama, acompañado algunas veces de vómitos acuosos ó viscosos, de una sensacion de opresion, y de una ansiedad estremada. En una palabra, se encuentran aquí los principales caracteres del cólico hepático producidos por la

presencia ó dislocacion de un cálculo. La hepatalgia solo se distingue de dicho cólico por la falta de vómitos viliosos y de la ictericia. Pero ¿estos caracteres negativos son reales? Imposible es afirmarlo, y por eso muchos médicos dudan, sin razon en nuestro concepto, de la existencia de esta neuralgia. Nosotros creemos que existe, pues no vemos ninguna razon para que no se afecten de neuralgia los nervios del hígado, cuando tan á menudo la padecen los del estómago y de los intestinos, procedentes de un mismo orígen. Ademas, debemos añadir, que habiendo examinado las vías biliarias de sugetos, que algunas semanas ó algunos meses antes, habian esperimentado un ataque parecido á los del cólico hepático, no hemos encontrado cálculo ni en la vesícula ni en los conductos; estos no presentaban dilatacion en ningun punto, y de consiguiente era muy probable que no los hubiese atravesado ninguna concrecion de poco tiempo á aquella parte.

Lo que hemos dicho de las neuralgias del hígado puede aplicarse á las de los riñones; pero en estas son mayores las dudas, y para admitir la existencia de una nefralgia, hay que invocar mas bien la analogía que la observacion clínica, que hasta ahora nada nos ha enseñado.

Por otra parte, importa poco, para el tratamiento del acceso, que sea una neuralgia esencial ó sean dolores producidos por la presencia de un cálculo, porque la indicacion en ambos casos es administrar el opio hasta que haya alivio. Para el tratamiento ulterior pudiera ser ventajoso conocer exactamente las causas de la enfermedad; pero ya hemos dicho que hay que hacer nuevas investigaciones.

DE LA NEURALGIA VESICO-ANAL.

Se ha descrito en estos últimos años una neuralgia muy incómoda, muy dolorosa, y á veces muy pertinaz, que unos han localizado en los nervios de la region anal, y otros en los nervios que se distribuyen por el cuello de la vejiga. Sin embargo, como todas estas partes pueden afectarse simultánea ó sucesivamente, pueden tambien confundirse sus padecimientos en una descripcion comun. La neuralgia anal, indicada hace ya mucho tiempo por M. Roux, y acerca de la cual ha publicado M. Campaignac las primeras observaciones en el *Journal hebdomadaire* de 1830, ha sido posteriormente estudiada por Velpeau en el *Dictionnaire de médecine*, y de la descripcion de este autor será de la que mas pormenores tomemos.

Casi siempre sin causa apreciable sobrevienen en la region del ano, dolores lancinantes que parecen bastante superficiales, y que unas veces son continuos, pero con exacerbaciones, y otras se reproducen bajo la forma de ataques separados por intervalos mas ó menos largos. En algunos sugetos parece que el ano se contrae con fuerza por momentos, y se relaja despues; en otros casos, por el contrario, se entreabre de manera que hay evacuaciones involuntarias. Examinando las partes enfermas, no se encuentra rubicundez, ni dureza, ni grieta, ni ninguna solucion de continuidad que pueda esplicar los dolores. Sin embargo, estos no tardan en propagarse á la vejiga; sobrevienen ganas frecuentes de orinar; el chorro de orina se detiene á veces de repente, y hay, en una palabra, la mayor parte de los signos racionales de los cálculos vesicales, en térmi-

nos que en algunas ocasiones, se ha llegado á practicar la litotomia, como sucedió en tres casos que ha presenciado M. Velpeau. Si se sonda á estos individuos, es siempre con muchos dolores, que sin embargo desaparecen en el momento en que el instrumento ha penetrado en la vejiga. La orina casi siempre es transparente; sin embargo, algunas veces se encuentra turbia y viscosa.

Esta afeccion puede durar mucho tiempo, y el arte, segun M. Velpeau, tiene poco dominio sobre ella. En vano se han empleado los baños, los narcóticos y los antiespasmódicos; acaso produciria mejores resultados la aplicacion de vejigatorios á las regiones sacra y perineal. Tambien se ha propuesto como medio curativo la introduccion frecuente de la sonda en la uretra; y aunque son pocos los hechos en apoyo de este procedimiento, no hay inconveniente para emplearle. Sea como quiera, todos han notado que los enfermos que habian sufrido la operacion de la talla por equivocacion, por haber confundido la neuralgia con un cálculo, se han curado sin accidentes, y aun se han visto libres de dolores nerviosos.

DE LA NEURALGIA DE LA VULVA.

La vulva es algunas veces el sitio de dolores vivos, penetrantes, lancinantes, que se irradian algunas veces á lo lejos, que se exasperan al tocar las partes por ligeramente que sea, que vuelven no solo imposible la cópula, sino que tambien la introduccion del dedo ó de una sonda, y hasta el andar. Nada sin embargo se ve en las partes que esplique esos dolores, si bien algunas veces la mucosa está algo encendida, escoriada y bañada de un sudor blanquecino.

A la neuralgia de la vulva, puede referirse otro padecimiento de esta region caracterizado por un prurito sumamente incómodo, que obliga á las mujeres á rascarse, á desollarse, y que llega algunas veces á ser la causa y el orígen de hábitos vergonzosos y da la ninfomanía.

El prurito de las partes sensuales es algunas veces sintomático de una erupcion eczematosa de estas partes, ó de la presencia de oxiuros vermiculares, que escapándose del recto se alojan en los repliegues de la vagina. Pero con frecuencia el mas atento exámen no revela enfermedad alguna. Se comprende que la exploracion local es indispensable en todas estas dolencias de las partes sexuales, para determinar bien su naturaleza y sitio.

Tratamiento.—Si la neuralgia se resiste á los baños, á los opiados, á los antiespasmódicos, M. Velpeau quiere que se introduzcan suavemente en la vagina dos veces al dia, calas untadas con un cuerpo grasiento ó cerato opiado, asociando á ellas lociones é inyecciones narcóticas y emolientes, despues detersivas, y por fin con los calomelanos dilatados en agua, ó con una solucion ligera de sublimado. Si á pesar de estos medios persiste la sensibilidad, deben tocarse las partes con nitrato de plata; el cual es igualmente útil contra el prurito *esencial* de la vulva; no obstante, no se recurrirá á él sino despues de haber ensayado en vano las lociones alcalinas, las pomadas de mercurio dulce, ó precipitado blanco á los cuales es útil añadir un poco de alcanfor.

DE LA HISTERALGIA.

Sin que el útero ni sus dependencias presenten ninguna alteracion aprecia-

ble de testura, pueden desarrollarse en él dolores intensos, lancinantes, exacerbantes, que se irradian á mayor ó menor distancia, y tienen por sus caracteres y curso la mayor analogía, ó mas bien una completa identidad con las neuralgias. En las mujeres que padecen esta afeccion, se aumentan las punzadas por la estacion y la marcha, y aun puede ser esta imposible; el cóito es súmamente doloroso, y los esfuerzos para orinar ó defecar escitan á veces las crisis. Suele ser insufrible para la mujer todo género de esploracion; la aplicacion del speculum es dolorosa, y lo mismo la introduccion del dedo en la vagina, especialmente si se procura imprimir algunos movimientos al útero para apreciar su consistencia y volúmen. Este órgano no presenta alteracion alguna notable ni á la vista ni al tacto, y muchas veces ni aun leucurrea existe. Los dolores son intermitentes ó remitentes; á veces están limitados á lo mas profundo de la pelvis: sin embargo, en el mayor número de casos, ó mejor dicho, casi siempre, por poco que se prolongue la enfermedad, se irradian á las ingles, á los lomos y á las estremidades; van generalmente acompañados de abultamiento del vientre, de espasmos, de sofocacion, de ansiedad precordial, y de palpitaciones, es decir, de esa serie de accidentes que vulgarmente se llaman *vapores* ó *espasmos*, y que caracterizan una de las formas del histerismo. Las mujeres que padecen esta afeccion, están irritables, sobre-escitadas, y tienen una impresionabilidad escesiva; sus digestiones suelen ser lentas y penosas; esperimentan dispepsia, calambres de estómago, lo cual depende del estado nervioso que avasalla y trastorna todo el organismo, igualmente que de las preocupaciones de las enfermas y de la falta mas ó menos completa de ejercicio. La menstruacion está mas ó menos desarreglada; generalmente es poco abundante, é irregulares son sus períodos; su aproximacion se anuncia casi siempre por un aumento de la crisis. Los dolores continúan; á veces son muy intensos durante todo el período menstrual, al paso que en algunos casos, por el contrario, se alivian las enfermas y esperimentan momentáneamente un bienestar consolador.

La histeralgia, lo mismo que todas las afecciones nerviosas, y mas tal vez que ninguna de las que hemos estudiado, es irregular en su curso y en sus reapariciones; es tambien sumamente pertinaz, y una vez curada está espuesta á recidivas.

Esta enfermedad casi esclusiva de las mujeres nerviosas impresionables é histéricas, acomete á las que tienen la menstruacion desarreglada y acompañada en todos sus períodos de dolores. Todo lo que puede sobrescitar el sistema nervioso y los órganos uterinos, debe considerarse como causa activa de histeralgia: tales son las vigilias, las conmociones morales, un régimen demasiado estimulante, el abuso del cóito y una vida ociosa y sensual.

Tratamiento.—Si la mujer es robusta y pletórica, es preciso hacerla una sangría del brazo. En todos los casos se prescribirá el reposo, la posicion horizontal, los baños tibios ó frescos prolongados, las inyecciones narcóticas en la vagina con un cocimiento de adormideras, de belladona, de beleño ó de estramonio; tambien serán útiles las medias lavativas opiadas. Se recomendarán igualmente los narcóticos y opiados al interior y toda la serie de medios empleada contra las neuralgias, sin olvidar sobre todo el régimen; asi es que las enfermas harán uso de alimentos suaves, tendrán el vientre libre, se escitarán las funciones del cutis por medio de friegas secas y con el uso de vestidos de

franela; vivirán en un sitio saludable, y harán cuanto ejercicio puedan resistir sin que sobrevengan dolores intensos. Si es rebelde la enfermedad, se recurrirá, aunque con prudencia, á la aplicacion á las paredes de la pelvis de algunos revulsivos, especialmente de vejigatorios pequeños, que podrian curarse, si necesario fuese, con una sal de morfina. Finalmente, en la estacion oportuna se recomendarán las aguas termales. Podrán convenir las de Ems y de Néris.

DE LA NEURALGIA DE LAS MAMAS.

A. Cooper en Inglaterra y M. Velpeau en Francia han llamado la atencion hácia una enfermedad dolorosa de las mamas, que conviene conocer. Afecta especialmente á las mujeres irritables y nerviosas en el período de diez y seis á treinta años y algunas veces mas allá aun de esta edad. Está caracterizada por dolores vivos, lancinantes, continuos ó intermitentes, limitados á la superficie de las mamas, é irradiándose algunas veces al cuello, al hombro, al sobaco, á los miembros superiores correspondientes y algunas veces á la nalga. Estos dolores con frecuencia se exasperan si se comprime el órgano ó se le abandona á su propio peso. No van por lo comun acompañados de ninguna variacion apreciable en el volúmen y testura de la glándula, si bien algunas veces se echan de ver uno ó mas tumorcillos pisiformes, duros, móviles, sumamente dolorosos, que terminan siempre por resolucion en breves dias.

La neuralgia mamaria tiene un curso muy irregular. Algunas veces dura pocos dias; otras persiste casi sin tregua, meses y aun años, de modo que las pacientes se persuaden de que están atacadas de una grave dolencia. Algunas, para poner fin á sus padecimientos, han pedido la ablacion del pecho. La época menstrual no influye siempre lo mismo en los dolores; algunas veces los exaspera y otras los disminuye notablemente.

La duracion de la neuralgia mamaria es indeterminada, pero por mucha que sea y por intensos que sean los dolores, la afeccion no degenera jamás ni acarrea una lesion orgánica.

El tratamiento debe ser especialmente local. A. Cooper celebra las preparaciones de belladona en forma de emplastos, cataplamas y pomadas. Propone tambien la conservacion de un calor uniforme cubriendo los pechos con una piel de liebre ú otro abrigo. Cuando son muy vivos los dolores, la mayor parte aconsejan una aplicacion de sanguijuelas, que deben colocarse alrededor del pecho y no en su superficie, siendo con frecuencia útil repetirlas despues de haber dejado trascurrir algunas semanas. Ventajoso seria asociar á estos medios el uso interior de las preparaciones opiáceas y del estracto de cicuta, é igualmente los demás medios generalmente empleados contra las otras neuralgias.

DE LA DERMALGIA.

M. Bean, en los *Archives de* 1841, describió bajo el nombre de *reumatismo del cutis*, dolores neurálgicos que residen en esta membrana. Es enfermedad bastante rara, conocida desde mucho tiempo por MM. Piorry y Jolly, y está caracterizada como toda neuralgia, por un dolor doble, esto es: un dolor continuo y otro inter-

mitente. El primero, en su grado débil, consiste solamente en una ligera exaltacion de la sensibilidad normal, pero si la afeccion es mas intensa, el dolor se hace ardiente, punzante, como si estuviese el cuerpo papilar al aire libre. Pero cada medio minuto, segun dice M. Bean, se manifiesta otra especie de dolor, mas vivo que el precedente, que llega algunas veces á impedir los movimientos de la parte afectada y á robar á los enfermos el sueño. Con solo tocar el cutis someramente se exasperan los dolores. Esta enfermedad, que segun parece, viene de resultas de un enfriamiento, cesa poco á poco despues de algunos dias, ó una ó dos semanas. Embrocaciones calmantes y opio al interior nos parecen los únicos medios racionales que pueden oponerse á la dermalgia.

SEGUNDO GÉNERO DE NEUROSIS.

DE LAS NEUROSIS CARACTERIZADAS PRINCIPALMENTE POR LESIONES DEL MOVIMIENTO.

DE LAS CONVULSIONES.

La convulsion puede definirse una contraccion violenta é involuntaria de los músculos sometidos al imperio de la voluntad. Algunos autores han designado bajo el nombre de *espasmos* las contracciones irregulares de los músculos de la vida orgánica.

Se dividen las convulsiones en *tónicas* y *clónicas*. En las primeras es permanente la contraccion de los músculos, y las partes están inmóviles; tal es el tétanos. En las clónicas, por el contrario, hay alternativas de contraccion y relajacion; esta es la forma que comunmente se quiere designar cuando se emplea la simple denominacion de convulsiones.

Estas, sea cual fuere su forma, constituyen unas veces estados *sintomáticos*, y otras, por el contrario, son *esenciales*. De las primeras ya hemos hecho mencion muchas veces al tratar de las afecciones de los centros nerviosos; y las que tenemos que estudiar ahora generalmente no pueden esplicarse por ninguna alteracion material apreciable.

No creemos oportuno trazar aquí la historia general de las convulsiones, porque al tratar de las principales especies de enfermedades convulsivas tenemos que entrar en largos pormenores.

Ahora solo vamos á hablar de las convulsiones faciales, del tétanos, de la contractura y esofagismo, reservando la historia de la eclampsia, de la epilepsia, del histerismo y de la catalepsia para el tercer género que, como ya hemos dicho, comprende las neurosis que llamamos complexas.

DE LAS CONVULSIONES IDIOPÁTICAS DE LA CARA.

El doctor François, uno de los médicos mas distinguidos de Bélgica, ha descrito (1843) una neurosis especial del nervio del séptimo par, caracterizada por convulsiones en la mayor parte de los músculos por donde se ramifica. Hairion en Bélgica tambien, Marschall-Hall en Londres, Romberg en Berlin, y otros muchos han publicado igualmente hechos de esta especie.

Síntomas y curso.—Esta neurosis, especial del séptimo par, no ocasiona dolor, á no ser que haya una complicacion neurálgica con el trigémino, y solo se manifiesta por la contraccion convulsiva de los músculos superficiales ó espresivos de la cara, que son animados, como todo el mundo sabe, por el nervio facial (1). Estas convulsiones son mas ó menos violentas; unas veces pasageras, como las que caracterizan ciertas neuralgias faciales, y otras persisten por espacio de diez ó doce segundos, y se reproducen cada seis ú ocho minutos; sobrevienen durante el sueño lo mismo que durante la vigilia; á veces, sin embargo, cesan cuando se duermen los enfermos: comunmente son mas enérgicas al hacer movimientos en que entran en accion los músculos de la cara, como al reir, al masticar, etc. Casi siempre son clónicas estas convulsiones: sin embargo, en dos casos observados por Marschall-Hall eran tónicas, si bien presentaban con cortos intervalos algunos movimientos convulsivos clónicos. Desde luego se concibe que durante la accesion deben estar mas ó menos entorpecidos ciertos actos, como la masticacion y la succion, pero en los intervalos se encuentran los enfermos perfectamente sanos.

Esta enfermedad es muy pertinaz, y comunmente se resiste á todos los remedios, y dura muchos años. La única curacion que se conoce fue espontánea.

Diagnóstico.—Pudiera confundirse la convulsion idiopática de la cara con una neuralgia facial; pero es imposible cometer semejante error con solo recordar que, cuando la contraccion muscular depende de un hábito vicioso, puede cesar, distrayendo al enfermo por una fuerte emocion ó con una voluntad decidida; ademas siempre está limitada á algunos músculos, á los de las alas de la nariz ó de los labios, al orbicular de los párpados, etc.; pero jamás afecta á la vez todos los músculos sometidos á la accion de un mismo nervio. En la neuralgia del trifacial se observan á veces movimientos durante las accesiones; pero la sola existencia de los dolores, su direccion y su carácter bastan para determinar el sitio de la enfermedad.

Pronóstico.—Es una afeccion que no compromete la existencia, pero grave á causa de su pertinacia y de la impotencia del arte.

Etiología.—Hasta ahora se ha observado esta neurosis con mas frecuencia

(1) François hace notar que los músculos estilo-hioideo y digástrico, el velo del paladar y la lengua, aunque reciben filamentos del facial, no padecen las convulsiones que los músculos mas superficiales, lo cual depende, en su concepto, de que por la disposicion profunda de dichos filamentos no están espuestos á la accion de las causas que producen la enfermedad. Tambien se ha notado la misma falta de convulsiones en los músculos auricular y occipital, lo cual es debido sin duda al poco desarrollo que adquieren estos músculos en el hombre, y á la dificultad de observar sus movimientos.

en las mujeres que en los hombres : la impresion del frio la ha producido algunas veces.

Tratamiento.—En vano se han empleado los narcóticos, los purgantes, los anti-espasmódicos, los tónicos, los amargos, y al esterior el frio, los rubefacientes, los vejigatorios y la galvano-puntura. M. Romberg ha aconsejado una disolucion de bórax y la compresion continua por medio de una pelota. En un caso Dieffenbach practicó la seccion sub-cutánea de los músculos de la cara, que dió por resultado reemplazar las convulsiones con un estremecimiento mucho menos incómodo.

Naturaleza.—La enfermedad, que acabamos de describir guiados por el trabajo de M. Francois, es una neurosis del nervio del séptimo par; y como dicho nervio preside á la movilidad y espresion de la cara, se comprende que sus padecimientos deben hacerse manifiestos por movimientos convulsivos, asi como los padecimientos de los nervios de la sensibilidad están caracterizados por dolores. Pero aquí concluye la analogía, y nada nos autoriza á describir, á ejemplo de los autores del *Compendium* de medicina, la enfermedad que nos ocupa como una neuralgia del séptimo par ; porque neuralgia indica dolor vivo, y en esta afeccion no hay ningun dolor, á no ser que haya complicacion.

DEL TÉTANOS.

El tétanos (de τείνω, *pongo tirante*) es una enfermedad caracterizada por la contraccion permanente y mas ó menos violenta de todos los músculos voluntarios, ó solamente de algunos de ellos.

Historia.—El tétanos es una de las enfermedades mas antiguamente conocidas. Indicada por Hipócrates, fue descrita con bastante exactitud por Celso, Areteo y Celio Aureliano. Galeno dedicó á ella muchos comentarios, y Fernelio ha trazado posteriormente un cuadro mas exacto todavía. Todos los nosógrafos despues de él, y con especialidad Sauvages, Cullen, Pinel y J. Frank, se han ocupado de ella; pero ha llamado mas particularmente la atencion de los cirujanos de ejército y de los médicos de las regiones intertropicales. Se han publicado multitud de monografías y disertaciones acerca del tétanos, especialmente de uno ó dos siglos á esta parte; pero la única que merece mencion especial es la que ha redactado Trnka con mas de 200 observaciones particulares. Los autores contemporáneos nada han añadido casi á lo que sobre el tétanos nos han legado los antiguos.

Anatomía patológica.—En la mayor parte de los sugetos que sucumben á consecuencia del tétanos, no se encuentra ninguna alteracion apreciable en el eje cérebro-espinal. Algunas veces solamente se observa un estancamiento venoso, y un poco de rubicundez en las membranas, pero sin modificacion de consistencia, y sin que exista ninguna secrecion morbosa. Estos signos de congestion no son en el mayor número de casos, más que fenómenos cadavéricos, ó á lo menos un estado consecutivo y dependiente del modo como se ha verificado la muerte. En efecto, como la mayor parte de los tetánicos sucumben por asfixia, se encuentran en sus cadáveres las lesiones propias de esta afeccion (Véase mas adelante *Asfixia*). A la misma causa deben referirse probable-

mente los derrames sanguíneos, á veces considerables, que muchos observadores han encontrado en los recien-nacidos muertos del tétanos, entre las láminas de las vértebras y la dura-madre (Thore, Matuszinski, Abercrombie), ó bien en la cavidad de la aragnoides ó debajo de esta membrana.

Algunos médicos, particularmente de treinta años á esta parte, han querido referir el tétanos á una alteracion inflamatoria de la médula espinal ó de sus membranas. Los periódicos científicos de Francia, Inglaterra é Italia, contienen muchos hechos en favor de esta opinion; sin embargo, por muy numerosos que sean, no pueden destruir los casos mucho mas frecuentes en que no se ha encontrado ninguna lesion. Y aunque estos fuesen aun menos comunes, todavía habria que admitir que el tétanos no está necesariamente caracterizado por una lesion material de los centros nerviosos: por consiguiente, cuando en un sugeto muerto del tétanos se encuentra una meningitis raquidiana, una mielitis ó un reblandecimiento de la médula, deben considerarse estas alteraciones mas bien como consecutivas que como primitivas, mas bien como complicaciones que como carácter anatómico de la enfermedad. Ademas hay que advertir que muchas veces las flegmasias de la médula, y especialmente las de la aragnoides espinal, van acompañadas de síntomas tetánicos, asi como ciertas inflamaciones del cerebro ó de sus membranas provocan convulsiones epilépticas. Pero estos estados sintomáticos difieren mucho del tétanos y de la verdadera epilepsia, y de consiguiente se distinguen bien: sin embargo, muchos han caido en este error, y esto esplica en parte las opiniones equivocadas que se han emitido acerca de la naturaleza de estas neurosis. Finalmente, muchas veces se han atribuido á la enfermedad lesiones de consistencia de la médula puramente cadavéricas, ó producidas al hacer la autopsia. Lícito nos es deducir de lo que precede que hasta hoy no ofrece el tétanos ningun carácter anatómico.

Síntomas y curso.—El tétanos, especialmente si es espontáneo, se declara de repente; á veces, sin embargo, presenta algunos prodromos, como abatimiento, tristeza, vértigos, insomnio y dolores vagos. Bien pronto sienten los enfermos rigidez en el cuello; les cuesta trabajo mover la cabeza y la mandíbula; despues aparecen movimientos convulsivos raros y cortos, que se van haciendo cada vez mas largos, y acaban por hacerse permanentes; limitados al principio á algunas partes, se estienden luego á otras, y pueden ocupar todos los músculos voluntarios. Asi es, que cuando es general el tétanos, están suspendidos todos los movimientos; el tronco y los miembros están fijos y en una completa inmovilidad; la rigidez es tal, que si se cogiese al enfermo por la cabeza ó por los piés, se podria levantarle sin que se doblase como una estátua: los dedos son las únicas partes, que segun Sprengel, conservan su flexibilidad; pero esta opinion es contraria á nuestras observaclones, y es completamente inadmisible *á priori*. Tambien la lengua puede moverse con libertad, á lo menos al principio; pero algunas veces sale de la boca por un espasmo de sus músculos, y se encuentra comprimida y dislacerada entre los arcos dentarios.

Los músculos en estado de convulsion resisten á todos los esfuerzos, y se dejan romper antes que ceder: asi que, cuando están aproximadas las mandíbulas, es imposible separarlas: lo mismo sucede algunas veces con los labios. Raras veces queda abierta la boca, y permanece de continuo en esta posicion, sin que sea posible aproximar las mandíbulas. En los músculos afectados de

convulsion, se sienten dolores á veces ligeros, pero comunmente dislacerantes, ó calambres muy molestos. Los padecimientos, ora son continuos, sin remision alguna, ora (y es lo mas comun) se observa cada dos ó tres minutos una ligera remision en los dolores y en la rigidez convulsiva; pero nunca se relajan completamente los músculos. Al cabo de algunos momentos, sin causa determinante, ó bien con motivo de un ligero movimiento ó de la menor conmocion, se renuevan los mismos dolores y las mismas contracciones, y se encuentra el enfermo en el estado mas deplorable. Su cara, generalmente pálida, á veces inyectada, espresa á la vez el dolor y el terror; los ojos están unas veces agitados de movimientos convulsivos, y otras inmóviles como el resto del cuerpo; la frente está surcada de arrugas profundas, la nariz contraida hácia arriba, y los carrillos hácia las orejas. La contraccion convulsiva de los músculos abdominales esplica por qué muchos enfermos tienen evacuaciones involuntarias de orina y de materias fecales: en otros, por el contrario, es tal la constriccion del ano que no es posible introducir ni aun una cánula, ni pueden salir los gases, lo cual aumenta el padecimiento. En los hombres suele haber erecciones con poluciones ó sin ellas.

Durante estos parasismos, el pulso es generalmente pequeño, frecuente y á veces irregular. No pubiendo el tórax dilatarse con libertad por efecto de la contraccion convulsiva de los músculos, resulta que la respiracion es difícil, frecuente y entrecortada, y á veces se suspende momentáneamente, y va acompañada de una ansiedad estrema y de algunos síntomas de asfixia: al mismo tiempo es mas elevado el calor, y el cutis se cubre de un sudor frio y viscoso; pero no hay fiebre propiamente hablando, como ha hecho notar Cullen. El estado febril no se manifiesta sino en algunos casos raros, cuando, por ejemplo, se prolonga la enfermedad, ó cuando sobreviene alguna complicacion. Por lo general los trastornos de la circulacion y respiracion son momentáneos, y se calman con la intermision. La mayor parte de los tetánicos están estriñidos y tienen inapetencia; solo en algunos tétanos parciales es cuando se conservan en su estado normal las funciones digestivas. La sed es muy viva, porque la contraccion permanente y completa de las mandíbulas, y muchas veces un espasmo de la faringe, son un obstáculo absoluto á la introduccion de las bebidas y aun de la saliva. La escrecion de la orina no presenta por lo comun alteracion ninguna, pero algunas veces es dolorosa y difícil. Casi siempre están intactas las facultades intelectuales; la voz suele ser oscura y difícil; la palabra confusa y aun ininteligible. Finalmente, en los casos mas graves sobrevienen síntomas de hidrofobia.

Estas crisis se repiten por lo regular indistintamente de noche ó de dia; sin embargo, al contrario de lo que se observa en casi todas las enfermedades agudas, suele ejercer la noche una influencia favorable: asi es que muchos enfermos duermen tranquilamente, y algunos de los que no pueden conciliar el sueño están descansados; siempre se hallan en un estado de rigidez, pero no tienen crisis, como si la noche ejerciese, independientemente del sueño, una influencia favorable en la enfermedad.

Sin embargo, cuando esta hace progresos, van siendo mas largas las crisis y mas cortas las remisiones, y llega por fin un momento en que persiste la rigidez sin intermision: entonces se seca el cutis; se deprime y aumenta de fre-

cuencia el pulso; la cara se pone pálida y desencajada; la respiracion es cada vez mas difícil, y por último, sobreviene la muerte por una especie de aniquilamiento nervioso, y mas frecuentemente por asfixia y despues de una corta agonía.

Acabamos de esponer los síntomas del tétanos general; sin embargo, no siempre se presenta la enfermedad con síntomas tan graves, pues en lugar de invadir la rigidez tetánica todos los músculos sometidos á la voluntad, solo ocupa algunos. Puede, en efecto, estar limitada á los músculos elevadores de la mandíbula, y en tal caso recibe el nombre de *trismo*. A veces solo están afectados los músculos de la parte anterior del cuerpo, ó lo están con mas fuerza que los de la parte posterior, y en ambos casos está el tronco inclinado hácia adelante, de suerte que la barba toca al pecho y las rodillas se aproximan al vientre: entonces se llama *emprostótonos*. En el caso contrario, es decir, cuando está inclinada la cabeza y el cuerpo hácia atrás, se dice que hay *opistótonos* Finalmente, si se observa una flexion lateral, se llama *pleurostótonos* ó tétanos *lateral*.

Duracion y terminaciones.—La duracion del tétanos es generalmente corta: comunmente termina en cuatro ó seis dias; rara vez se prolonga á los doce; y solo en casos escepcionales ha durado muchas semanas y aun muchos meses: entonces se dice que es crónico. En cuanto á los casos de tétanos que se supone haber ocasionado la muerte en algunas horas y aun en minutos, creemos que serian afecciones convulsivas de otra naturaleza.

La muerte es la terminacion casi constante de esta enfermedad; sin embargo, puede curarse el tétanos, aunque sea general. Cuando sucede esto, se van haciendo cada vez mas raros los ataques y desaparece poco á poco la rigidez. La convalecencia es por lo comun corta, y no sobreviene ningun otro accidente. Algunos sugetos conservan, no obstante, por toda su vida, distorsiones y mudanzas de relacion consecutivas á la tension violenta que han esperimentado los músculos de ciertas partes.

Diagnóstico.—Fácilmente se conoce el tétanos en una tension convulsiva, dolorosa, de mayor ó menor número de músculos, que se exaspera por intervalos mas ó menos cortos, sin cesar nunca del todo, y que jamás va acompañada de calentura ni delirio. Ya veremos cuánto se distingue por estos caracteres de las demás enfermedades convulsivas, y especialmente del histerismo, de la epilepsia y de la catalepsia. No se confundirá con las inflamaciones cerebro-espinales acompañadas de síntomas tetánicos, porque en estas hay comunmente un dolor intenso en un punto fijo del ráquis, que se irradia á veces hácia los miembros. Ademas se observa en el cutis una exaltacion de sensibilidad tal, que la menor presion arranca gritos á los enfermos, y si á esto añadimos que son casi constantes los trastornos cerebrales y la fiebre, tendremos suficientes datos para establecer un diagnóstico diferencial. En los niños, pudiera confundirse el tétanos con la forma tetánica de la eclampsia; sin embargo, en esta empieza la rigidez por los miembros mas bien que por la mandíbula; casi siempre se pierde el conocimiento; ademas aquí, lo mismo que en la eclampsia de las puérperas, jamás son esclusivamente tónicas las convulsiones, como lo son en el tétanos, sino que van acompañadas de alternativas de contraccion y relajacion.

Pronóstico.—Es sumamente grave, y mucho mas cuando el tétanos es general, cuando acomete á un recien-nacido, ó cuando es debido á una herida: parece que es mas grave esta afeccion en las estaciones y paises calientes. La dificultad de respirar y la aceleracion del pulso, son circunstancias agravantes; lo mismo sucede con la fiebre y con el delirio, que pertenecen, menos á la enfermedad que á alguna complicacion. Es inexacta la opinion de Hipócrates, que consideraba la fiebre en el tétanos como una circunstancia feliz, como una crisis. Celio Aureliano hizo ya patente este error.

Etiología.—El tétanos es una afeccion muy rara en nuestro clima, pero que se observa con frecuencia en los paises calientes, con especialidad durante el estío; se cree que es mas comun á orillas del mar y en sitios húmedos y pantanosos. Ataca á todas las edades, pero con particularidad á los jóvenes y á los adultos. En los paises ecuatoriales diezmaba en otro tiempo la poblacion negra, que desde que nacia, estaba espuesta á las vicisitudes atmosféricas; pero en el dia parece que no es tan comun la afeccion, desde que estos seres se ven rodéados de los cuidados que exige su debilidad. Ademas lo mismo puede observarse en los climas frios; asi es que muchas veces se la ha visto reinar epidémicamente en ciertos asilos, como lederschjold en Estokolmo en 1834 (*Gazette médicale*, 1842). Parece indudable que en Europa acomete el tétanos muchas veces á los recien-nacidos, no solo en el Mediodía de Francia (Baumes y Dugés), y en España (Andreas), sino tambien y tal vez con mas frecuencia en el Norte, en Viena (Goëlis), en Wilna (Frank), en San Petersburgo (Doep), en Sttugard (Maturzinski), y en Islanda (Maunselle y Evanson). Esta enfermedad parece mucho mas comun en los hombres que en las mujeres, y los sugetos robustos están mas predispuestos á ella. Casi siempre se declara con motivo de una herida, y se ha observado que no suele ser á consecuencia de las mas graves. Las heridas por armas de fuego y por arrancamiento, y las ocasionadas por un instrumento punzante que interesan los miembros y partes provistas de aponeurosis y de muchos nervios, son precisamente las que con mas frecuencia producen el tétanos. Lo mismo en nuestro clima que en los cálidos, es algunas veces espontáneo el tétanos, y entonces sobreviene generalmente sin causa apreciable; otras veces es á consecuencia de una conmocion viva, un susto, un enfriamiento, etc. Laurent de Strasburgo y algunos otros han atribuido el tétanos á la presencia de lombrices en el tubo digestivo; pero hay muchos hechos en contra de esta opinion.

Tratamiento.—Son muy numerosos los medios que se han empleado para combatir el tétanos, pero casi siempre restan impotentes. Los principales son las sangrías generales y locales mas ó menos repetidas á lo largo del ráquis, los eméticos, los purgantes, los diaforéticos, los aromáticos, los antiespamódicos, el fósforo, los calmantes, la electricidad, los baños calientes y frios, el mercurio, etc.

Las sangrías se han algunas veces multiplicado mucho. Lisfranc, por ejemplo, practicó 19 en diez y nueve dias, y aplicó 800 sanguijuelas; el enfermo curó; pero ¡cuántos han sucumbido! Las sangrías son generalmente perjudiciales, y casi nunca están indicadas sino cuando es eminente la asfixia.

Numerosos hechos se citan á favor de los medios sudoríficos, especialmente de los esteriores, y sobre todo los baños de vapor. Provocando una abundante

diaforesis, Paré vió á un soldado atacado de tétanos, y al efecto le enterró en un establo bajo una doble capa de fiemo. Forget, imitando la práctica seguida, segun Cullen, en las Indias Occidentales en el siglo último, ha curado hace pocos años un tétanos espontáneo, empleando el ungüento napolitano á la dósis de una onza, por espacio de cinco dias. Hullin Origet ha publicado otros dos hechos análogos en 1844 en los *Bulletins de la Société médicale d'Indre-et-Loire*. Pero entre todos estos medios solo el opio y los baños son realmente eficaces. El opio debe administrarse á grandes dosis, pues solo asi puede ser útil. Se empezará por dos ó tres granos, repitiendo la dosis cada tres ó cuatro horas mas ó menos, segun el efecto que se obtenga. En esta enfermedad se pueden dar enormes cantidades de opio sin producir accidentes tóxicos, porque no hay ninguna afeccion, como dice Cullen, en que sea tan grande la tolerancia como en el tétanos, y esto esplica cómo algunos enfermos han podido tomar sin riesgo dos dracmas de opio en un dia (Monró), y otros mas de una onza de tintura tebáica (Chalmers), sin contar con otros casos mas estraordinarios todavía, que refieren en su *Thérapeutique* MM. Trousseau y Pidoux. El opio se administrará por la boca, ó en lavativas si el trismo no lo permitiese. Tambien podrá levantarse el epidermis y hacer penetrar el medicamento por el método endérmico. Al mismo tiempo que se administra el opio, deben emplearse los baños frescos ó frios mas bien que calientes; pues, segun Cullen, de nada han servido estos últimos en las Indias Occidentales. Un médico del Canadá ha recomendado mucho, en estos últimos años, la combinacion del opio y de las afusiones frías; aconseja empezar el tratamiento con una afusion fría, haciéndola durar suficiente tiempo para producir el síncope. En seguida se envuelve al paciente en mantas bien secas y calientes, y se le administra una pocion compuesta de vino caliente y ópio á grandes dosis: esta misma medicacion se repite de cierto en cierto tiempo, en cuanto se nota que vuelve á reproducirse el espasmo. Los tónicos y los evacuantes son medios que solo deben emplearse cuando lo exige una indicacion especial.

La teoría indicaba que las inspiraciones del éter ó de cloroformo debian ser útiles. El doctor Prévost, médico distinguido en Alencon, ha analizado en su tesis los hechos que se han publicado, y ha visto que de treinta y ocho casos de tétanos espontáneos ó traumáticos tratados por las inhalaciones de éter ó del cloroformo, veinte y dos habian sido curados (1). Ninguna otra medicacion da un resultado tan favorable. Prevost dice que casi constantemente el eterismo ha procurado un alivio notable, y los casos en que hay agravacion de accidentes son raras escepciones. Pero para obtener resultados ventajosos, es absolutamente necesario conducir la eterizacion de modo que relaje hasta los músculos inspiradores, porque deteniéndola demasiado pronto, se produce, ya sea con el cloroformo, ya sea con el éter, una escitacion que aumenta la contraccion. En muchos casos los accidentes agravados en un principio han cedido de pronto á un eterismo prolongado. Dice al mismo Prevost que este método es tanto mas beneficioso, cuanto mas al principio se halla la enfermedad, y que es necesario repetirlo con frecuencia, sobre todo cuando la convulsion de los músculos torácicos ocasiona una estremada dificultad de respirar. El cloroformo es preferible

(1) *Valeur thérapeutique de l'étherisme*, tésis de Paris, año 1854.

al éter, porque su accion es mucho mas pronta y el período de escitacion mucho mas corto.

Cuando el tétanos es traumático, se hace preciso examinar la herida, hacer los desbridamientos necesarios, estraer los cuerpos estraños, y si hay tiempo calmar la inflamacion por los medios apropiados.

Naturaleza y sitio.—El tétanos, por su curso, por sus ataques, y por la falta de toda lesion material, no puede colocarse sino entre las neurosis, y debe considerarse como una neurósis de la médula. No es posible desconocer la analogía que existe entre él y los accidentes convulsivos producidos por la nuez vómica. Fundándose en los esperimentos de Flourens, que ha observado que esta sustancia ejerce principalmente su accion sobre la médula oblongada, podria suponerse que el tétanos es una neurosis de esta porcion del cordon raquidiano.

DE UNA FORMA PARTICULAR DE CONVULSION LLAMADA CONTRACTURA DE LAS ESTREMIDADES.

En 1831 describió Dancé, con el nombre de *tétanos intermitente*, una afeccion en los adultos que tiene la mayor semejanza con el tétanos ordinario y está caracterizada por la contraccion de las estremidades. A poco tiempo la encontraron tambien en los niños Tonnelé. Delaberge y Murdoch, y publicaron acerca de este punto interesantes investigaciones insertas de la *Gazette médicale* de 1832 y en el *Journal hebdomadaire de* 1833. Esta afeccion, que pocos conocian y de la cual solo habiamos podido recoger algunas observaciones, se ha hecho mucho mas comun de algunos años á esta parte, y se ha reproducido con tanta frecuencia en 1842 y 1843, que ha constituido una pequeña epidemia, en las salas del *Hotel-Dieu.* Despues de algunos hechos observados en su mayor parte en dicha época, Teissier, Hermal, Imber Gonbeyre y Delpech la describieron, los dos primeros en el *Journal de médecine*, los otros en sus tesis inaugurales sostenidas en 1844 y 1846. Barthez y Rilliet, habiendo tenido ocasion de observarla en el *hopital des enfants*, se ocupan de ella en su obra.

Anatomía patológica.—La contractura de las estremidades, lo mismo que el tétanos no coincide necesariamente con ninguna lesion material de los nervios ó de los centros nerviosos, como lo prueban las observaciones de MM. Tonnelé, Delaberge, Rilliet y Barthez: sin embargo, en algunos casos raros, se encuentra la médula espinal reblandecida y difluente en alguna estension. Pero, por lo mismo que esto es muy raro, es imposible admitir esta lesion como carácter anatómico de la enfermedad, y es mas racional considerarla como una complicacion ó como una lesion consecutiva.

Síntomas y curso.—Una sola vez hemos visto sobrevenir de repente la contractura, en términos que el paciente dejó caer lo que tenia en las manos, y desde aquel mismo momento no pudo hacer nada con ellas. Pero semejante modo de invadir es raro; casi siempre, por el contrario, se manifiesta lentamente, y precedida á veces de algunos prodromos, como malestar, quebrantamiento, borborigmos, cefalalgia y vértigos. Bien pronto se queja el enfermo de entorpecimiento para mover los dedos; tiene punzadas, tirantez en el antebrazo y calambres en las pantorrillas. Estos accidentes pueden desaparecer y reprodu-

cirse alternativamente antes que se establezca definitivamente la contraccion. Esta empieza casi siempre por uno de los miembros superiores ó por los dos al mismo tiempo: á veces se limita la afeccion á estas partes, y cuando se estiende tambien á los miembros inferiores, es siempre mas intensa en aquellos que en estos.

Una vez establecida la contractura, se encuentran los dedos doblados sobre la palma de la mano; á veces lo están completamente, y entonces casi siempre está cubierto el pulgar por los otros cuatro; ó bien, los dedos incompletamente doblados, están separados, y dan á la mano la forma y aspecto de ciertos garfios de hierro; finalmente, en otros casos, aunque raros, están los dedos estendidos y aproximados como cuando se escribe. Las muñecas están al mismo tiempo en flexion contra el antebrazo, las articulaciones del hombro y del codo están generalmente libres; sin embargo, algunas veces suelen estar rígidas y sin movimiento.

Cuando están completamente doblados los dedos, es imposible estenderlos por mas esfuerzos que se hagan; cuando no es tan fuerte la contraccion se consigue estenderlos; pero siempre son muy dolorosas estas tentativas. Los músculos en este caso son muy resistentes, y tienen á veces casi la dureza de un palo; generalmente forman relieve bastante considerable debajo del tegumento son el sitio de dolores mas ó menos íntensos, que se exasperan de cuando en cuando hasta el estremo de arrancar gritos á los enfermos, y que se irradian muchas veces á todo el miembro. Luego que se calman (lo cual coincide casi siempre con la disminucion de la contractura), solo se quejan los enfermos de rigidez y de entorpecimiento en el antebrazo. Durante las accesiones y en sus intérvalos, sienten algunas veces en los dedos hormigueos incómodos; la sensibilidad suele ser obtusa en ellos, y cuando es completa la flexion y continúa mucho tiempo en este grado, se observa en algunas ocasiones un poco de rubicundez, y mas raras veces un poco de edema al nivel de las articulaciones.

Cuando ocupa la contractura las estremidades abdominales, ó mas bien las piernas y los piés, están los dedos, ya doblados, ya estendidos, pero inmóviles en esta posicion. El pié está en estension forzada; los músculos de las pantorrillas estan duros y prominentes; la progresion es difícil ó imposible; y se observan los mismos dolores, las mismas sensaciones y las mismas dificultades para los movimientos, que en las estremidades torácicas.

Comunmente no va acompañada esta enfermedad de calentura; sin embargo, algunas veces sucede lo contrario, especialmente cuando son muy intensos los dolores; pero aun en estos casos, si no hay alguna complicacion, es moderado el movimiento febril. No hay trastornos notables en las demás funciones; solo suele haber inapetencia. Algunos enfermos se quejan de un poco de cefalalgia y de vértigos, pero no se observa delirio. Segun MM. Rilliet y Barthez no son raras las convulsiones en los niños, y las han visto sobrevenir tres ó cuatro dias despues de la aparicion de la contractura, ó bien son terminales. Generales ó parciales, no parece, dicen estos autores, que tienen influencia manifiesta sobre la contractura, que persiste durante el ataque y despues de él. No sabemos que nunca se hayan visto tales accidenles en los adultos; pero sí es comun encontrar en estos, durante el ataque, una sensacion de opresion, de constriccion esternal, y á veces una verdadera sofocacion, como si los músculos

de la respiracion padeciesen los mismos espasmos que los de los miembros.

Despues de haber persistido la contractura por espacio de muchas horas ó de muchos dias, cesa algunas veces completamente, de modo que pueden los pacientes dedicarse á sus ocupaciones: sin embargo, en el mayor número de casos no es mas que una remision. Pero, ora desaparezca del todo la contractura, ora se alivie solamente, no tardan en reproducirse ó agravarse los accidentes, en términos de constituir verdaderos accesos, irregulares en su intensidad, en su duracion y en sus períodos. En estos ataques es en los que suele observarse que la contractura se estiende á otros músculos, ademas de los de las estremidades: ya hemos dicho que podian afectarse los respiratorios, otros han observado la contraccion en los de las mandíbulas, y Dance ha visto dos veces la contractura de los músculos abdominales; en otro caso hubo opistotonos con temblores y sacudimientos dolorosos.

Duracion y terminaciones.—Es muy variable la duracion de la enfermedad; rara vez baja de algunos dias, y por lo comun se prolonga por espacio de muchas semanas y aun muchos meses, en cuyo caso presenta intermisiones mas ó menos largas.

Su terminacion es comunmente satisfactoria. Mas de treinta casos he observado y no he visto morir sino un enfermo.

Diagnóstico.—La contractura esencial no puede confundirse con la sintomática de una alteracion material de los centros nerviosos, porque la primera presenta intermisiones y remisiones, al paso que la segunda es permanente. Ademas, esta coexiste casi siempre con otros muchos trastornos de los centros nerviosos.

Ya se ha visto cuánta analogía tiene esta enfermedad con el tétanos; se distingue sin embargo de él, en que la contractura solo ocupa los miembros, y aunque se estienda algo mas, siempre empieza por ellos; al contrario del tétanos, que comienza por la rigidez de los músculos del cuello y de las mandíbulas. Pero hay un carácter distintivo mucho mas importante. Se ha visto, en efecto, que el tétanos no tiene intermitencia, al paso que la hay en la contractura. Ademas el tétanos ocasiona comunmente la muerte, mientras que la contractura casi siempre termina satisfactoriamente. El primero es mortal cuando invade los músculos de la respiracion; los enfermos sucumben, ó bien por efecto de la fuerza de los dolores, ó bien asfixiados y conservando completamente íntegras las facultades intelectuales. Por el contrario en los casos raros en que ha sido funesta la contractura, ha sobrevenido manifiestamente la muerte por el cerebro, ora en un estado de delirio, ora en un estado comatoso. Preciso es, sin embargo confesar, que aunque no son dos afecciones idénticas el tétanos y la contractura, tienen por lo menos mucha analogía.

Pronóstico.—De lo dicho resulta que la contractura es una afeccion que rara vez es grave. La calentura y la violencia de los dolores son circunstancias agravantes: el delirio es siempre de muy mal agüero.

Etiología.—Esta enfermedad solo acomete á los niños y á los jóvenes. En los primeros tiene su máximun de uno á tres años; en los segundos de diez y siete á veinte. Espontánea en estos últimos, sobreviene casi siempre en ellos estando sanos, en tanto que en los niños se desenvuelve frecuentemente en el curso de otra enfermedad. No es cierto que se halle mas predispuesto á la con-

tractura un sexo que otro, y no obstante la opinion de Delpech, no creemos que el estado puerperal constituya una predisposicion á esta singular enfermedad. Nada se sabe de fijo acerca de las causas predisponentes ni de las eficientes de la contractura idiopática. Como hemos dicho, reina algunas veces hasta en forma de pequeña epidemia, como lo hemos visto varias veces en París, y se observó tambien en 1846 en algunas cárceles de Bélgica.

Tratamiento.—Aun no se ha fijado el tratamiento mas conveniente para combatir la contractura, y siempre hay que variar los medicamentos segun el síntoma que predomina y segun el estado de la constitucion. Cuando el sugeto es robusto y vigoroso y el pulso está dilatado, es útil la sangría: en los sugetos débiles y anémicos conviene, por el contrario, administrar los tónicos y ferruginosos. Pero en el mayor número de casos es simple la enfermedad, y entonces se recurre á una medicacion calmante, á los baños tibios, á los antiespasmódicos y á los opiados interior y esteriormente. Debemos, sin embargo, advertir que los baños rara vez nos han parecido útiles, y que muchas veces no han podido resistirlos los enfermos, porque provocaban los accesos. Los antiespasmódicos administrados por las vías ordinarias, tampoco han sido ventajosos hasta ahora: lo mismo diremos del opio; pero tal vez consista en que no se ha usado á dosis bastante grandes, pues es raro que se haya dado mas de tres granos en las 24 horas.

Yo habia presentido al publicar la cuarta edicion de esta obra que el eterismo podria usarse ventajosamente contra la contractura, y la esperiencia ha confirmado recientemente mi presuncion. Por medio de las inspiraciones de cloroformo he curado con prontitud dos enfermos del mal de que nos ocupamos. Se ha referido su historia en la *Gazette des hôpitaux* de los meses de abril y mayo de 1852 por M. Gery, mi interno. Para obtener buenos resultados, es menester llevar el eterismo hasta la resolucion y renovarlo diariamente dos ó tres veces segun las necesidades.

Tambien se ha preconizado contra la contractura el método perturbador. Asi es como obran los vomitivos, en especial la ipecacuana, la cual ha producido buenos resultados en el *hôpital des Enfants*, y uno de los médicos mas recomendables y mas justamente venerados, M. Guéneau de Mussy, lo empleaba en otro tiempo con éxito en el *Hôtel-Dieu*.

DEL ESOFAGISMO.

Uno de los médicos mas distinguidos de los departamentos cuyo prematuro fin llora la ciencia, el doctor Mondiére, que ha publicado en los *Archives* de 1833 una descripcion muy buena del esofagismo, define esta enfermedad *una constriccion mas ó menos completa y duradera del conducto faringo-esofágico, que puede producir una disfagia absoluta ó impedir únicamente la deglucion de los cuerpos sólidos ó de los líquidos.* Puede estar limitado este espasmo al esófago ó á la faringe, ú ocupar los dos conductos á la vez; pero semejante distincion solo es importante bajo el punto de vista sintomatológico.

Inútil es advertir que lo que vamos á esponer se referirá esclusivamente al esofagismo idiopático, escluyendo de nuestra descripcion las disfagias sintomáticas de una inflamacion de la faringe y del esófago, de una lesion orgánica de

estos conductos, ó de alguna enfermedad de los órganos inmediatos, como la epiglotis ó la laringe. Muchos autores han confundido estas dos especies.

Síntomas y curso.—Comunmente se declara de repente el esofagismo: este espasmo sobreviene por lo regular cuando el enfermo está comiendo, y el bolo alimenticio se encuentra detenido en su curso. Con este motivo hace notar Mondiére que esta circunstancia de invadir la enfermedad durante la comida, ha dado una idea falsa á los enfermos, y les ha hecho creer que algun cuerpo estraño se habia detenido en el esófago.

Varian los síntomas segun el punto del esófago que está afectado: si el espasmo ocupa la faringe y parte superior del esófago, son arrojados al momento los alimentos; por el contrario, se verifica la deglucion cuando reside el obstáculo cerca del estómago. En este caso podrán estancarse algun tiempo los alimentos por encima del obstáculo, ó bien volver al momento á la boca por un movimiento de regurgitacion que puede verificarse sin dolor, pero que á veces le ocasiona muy vivo desde la faringe hasta el estómago. Mondiére, de quien tomamos estos datos, cita un hecho que le ha comunicado M. Latourette, en el que el bolo alimenticio volvia sin dolor á la boca, y penetraba en el estómago despues de deglutido segunda vez. Aun es mas curioso el caso citado por Courant, pues resulta de él que el bolo alimenticio, quedando como encerrado por algun tiempo en el esófago, volvia sucesivamente de la parte superior á la inferior de este conducto, y despues de pronto, ó era arrojado al esterior con violencia ó penetraba en el estómago.

La introduccion de alimentos y bebidas ocasiona algunas veces accidentes mucho mas graves: asi es que ha habido sugetos que no podian tragar la menor cantidad de sólidos ó líquidos sin sufrir una angustia inesplicable; unos perdian el conocimiento, otros presentaban una especie de asfixia, que probablemente dependia, ó de la introduccion de alimentos en las vías aéreas, ó de la compresion que ejercian en la tráquea.

Ademas de los síntomas precedentes, que solo se presentan al tragar los enfermos, hay otros que son permanentes y se agravan despues de verificada la deglucion de sólidos y líquidos. Asi es que comunmente existe en el trayecto del esófago una especie de entorpecimiento ó constriccion, dolor continuo que suele producir la sensacion de un cuerpo estraño, y que provoca esfuerzos de espectoracion ó de vómito. Tambien se ha dicho que el hipo era un síntoma bastante comun en estos casos. Mondiére añade que propagándose el espasmo muchas veces á los órganos respiratorios, se unen á los accidentes enumerados todos los fenómenos de una sofocacion inminente. Finalmente, en los casos en que se ha hecho general el eretismo nervioso, y ha llegado á su mayor estremo, especialmente si se afecta la imaginacion de los enfermos, suelen aparecer síntomas de hidrofobia.

El espasmo del esófago, lo mismo que todas las demás neurosis, presenta muchas anomalías. Unas veces, dice Mondiére, pasan mas fácilmente las bebidas calientes que las frías: otras sucede lo contrario; comunmente solo pueden pasar líquidos y otras veces solo sustancias sólidas. Hoffmann cita tambien el ejemplo de una mujer que padeció por espacio de mucho tiempo un esofagismo notable, porque en un principio solo se detenia en el esófago el último bolo alimenticio, y para que penetrase en el estómago tenia que beber mucho. Cou-

rant ha notado ademas que algunas veces consiguen los enfermos tragar los alimentos despues de haberlos mascado lentamente y por espacio de mucho tiempo, y engañado, por decirlo asi, el espasmo de la faringe, aprovechando el momento favorable para verificar la deglucion.

Duracion y terminaciones.—Es muy variable la duracion del espasmo del esófago y de la faringe; asi es que puede disiparse despues de algunas horas, de lo cual Monró cita un ejemplo, ó persistir sin remision muchos dias seguidos. Algunos se han visto que han durado sin interrupcion doce dias. En el caso en que se prolonga mas la enfermedad, se reproducen los accidentes con ciertos intervalos; algunas veces parece que se han manifestado con regularidad.

Solo en casos muy raros termina esta afeccion por la muerte, y esta es la causa de que no tengamos ningun dato acerca de las lesiones que pudieran existir.

Diagnóstico.—Comunmente el diagnóstico del espasmo del esófago no presenta la menor dificultad. Su aparicion repentina, y sobreviniendo por lo comun durante la comida, establece una diferencia muy marcada entre la disfagia nerviosa y la que es síntomática de una inflamacion ó de una lesion orgánica. Ademas, como en este último caso es permanente el obstáculo, es siempre igual la disfagia, al paso que en el espasmo varía de un momento á otro, y presenta muchas anomalías en su curso. En el esofagismo puede haber retencion de los alimentos, como si hubiese parálisis de la faringe ó del esófago; sin embargo, no se confundirán estos dos estados morbosos tan opuestos, porque en el último no hay regurgitacion de alimentos, y el cateterismo no encuentra obstáculo en ninguna parte.

Pronóstico.—El pronóstico del esofagismo no es grave; y solo es síntoma de mal agüero cuando le acompaña la hidrofobia.

Etiología.—Se observa principalmente el esofagismo en los sugetos nerviosos, irritables, afectados ya de alguna neurosis, como la hipocondría, y es muy comun en las histéricas. Las conmociones morales vivas y repentinas, como la cólera, son casi las únicas causas ocasionales cuya accion está bien demostrada. Se encuentran en los anales de la ciencia muchas observaciones que prueban la influencia de la imaginacion: asi es que se citan sugetos que habiendo sido mordidos por un perro que creian rabioso, se han visto acometidos de esofagismo con algunos síntomas de hidrofobia.

A veces sobreviene el esofagismo como efecto simpático en el curso de muchas enfermedades, con especialidad en el cáncer del estómago y en las afecciones del cerebro y del útero. Finalmente, hay un esofagismo que se declara á veces en el curso del reumatismo, y que depende menos de una neurosis, que de que las fibras musculares de la faringe y del esófago participan tambien de la afeccion reumática.

Tratamiento.—Los autores insisten, y con razon, en el uso de los antiespasmódicos y narcóticos, y con especialidad del alcanfor y asafétida en lavativas. Los narcóticos se administran del mismo modo, ó aplicados esteriormente en cataplasma (beleño, cicuta), en fricciones (láudano, pomadas de opio ó debelladona), ó bien se levanta la epidermis de la parte inferior del cuello, y se hace absorber una pequeña cantidad de sal que tenga por base la morfina. Tambien se han recomendado las bebidas heladas ó la introducion de pedacitos de hielo en la boca, me-

dio que muchas veces ha producido buenos resultados. Pero el tratamiento preferible, segun Mondiére, consiste en la introduccion de sondas. Sabido es, en efecto, que el cateterismo se emplea con mucha frecuencia en las estrecheces espasmódicas de la uretra, y las ventajas que en este caso se obtienen han sugerido sin duda la idea de emplear el mismo método en el esófago. Los casos de buen éxito son hoy numerosos, y han sido especialmente referidos por Ev. Home, Autenrieth, Monró, Abercrombie, Howship, Stevenson. Un médico muy digno de París, M. Boudard, me ha citado recientemente otro hecho que le era personal. A veces basta una sola introduccion de la sonda para obtener una curacion completa, y eso es precisamente lo que sucedió con el enfermo de que me habló M. Boudard; pero por lo comun es necesario repetirla muchas veces.

Si la sensibilidad y la irritabilidad del esófago llegasen á tal punto que fuese muy dolorosa la introduccion de la sonda ó tal vez imposible, deberiamos en el primer caso, segun el ejemplo de Mondiére, untar el instrumento con el estracto de belladona; y en el segundo emplear una sonda voluminosa, que se dejaria algun tiempo en contacto con la coartacion, como lo hacia Dupuytren en las estrecheces espasmódicas de la uretra que no podia vencer desde luego. Si la imaginacion fuese la causa primitiva del mal, habria que recurrir á la medicina moral.

DE LA COREA.

Sinonimia.—Danzomanía, coreomanía, baile de San Vito, del nombre de un santo venerado cerca de Ulm, en Suabia, á cuya capilla se trasladan los enfermos en romería.

La corea (de χορεια, *baile*) es una enfermedad apirética, caracterizada por movimientos irregulares é involuntarios, parciales ó generales, del sistema muscular, y mas especialmente de los músculos de los miembros y de la cara.

Historia.—Los antiguos no conocieron esta enfermedad, pues en nuestro concepto es equivocada la opinion de Sauvages, que atribuye á Galeno la honra de haberla descrito el primero, bajo el nombre de *escelotirbe*. F. Platero, Horstio y Sennerto fueron los primeros que se ocuparon de ella á fines del siglo XV ó á principios del XVI: parece que Bairo, médico de Carlos II, duque de Saboya, la conoció algo mejor; pero Sydenham la describió el primero con cuidado, y despues continuaron sus investigaciones Cullen, Dower, Mead y otros. Pero á pesar de estos trabajos, apenas era conocida la enfermedad en Francia en tiempo de Luis XV, pues Lieutaud llegó á poner en duda su existencia. Hasta 1810 no se ha llenado el vacío que acerca de este punto habia en nuestra literatura: en dicho año publicó Bouteille, siendo ya casi octogenario, una escelente monografía, que aun en la actualidad es el trabajo mas completo que tenemos. Posteriormente se han publicado otros varios, y entre ellos una memoria de M. Rufz en los *Archives* de 1834; la tesis de M. Dufossé (1836); el artículo de M. Blache en el *Dictionnaire de médecine*; y el de MM. Rilliet y Barthez en su *Traité clinique des maladies de l'enfance*, y por último, el notable trabajo del doctor Sée, premiado por la Academia de Medicina y publicado en el tomo XV de las memorias de esta corporacion.

Anatomía patológica.—En el mayor número de casos no se encuentra lesion ninguna apreciable en el cerebro, en la médula, ni en sus membranas. Nosotros hemos encontrado todas estas partes en su estado normal en tres sugetos muertas de esta enfermedad en 1834, 1837 y 1848 : lo mismo ha sucedido en diez cadáveres abiertos por Dugés, Ollivier, Rostan, Rufz y Blache. La anatomía patológica comparada, viene á confirmar estos primeros resultados : en efecto, habiendo abierto M. Delafond, en la escuela de Alfort, un gran número de animales, y especialmente de perros sacrificados en diferentes épocas de coreas confirmadas, no ha encontrado ninguna lesion apreciable en los centros nerviosos, en sus membranas, ni en los nervios y sus divisiones, ni en ningun otro órgano, habiéndolos examinado todos con el mayor cuidado.

Sin embargo, lo mismo que se observa en el tétanos y en muchas otras neurosis, pueden coincidir con la corea algunas lesiones de los centros nerviosos. Uno de mis antiguos condiscípulos cuyo recuerdo me es muy caro, el doctor Gendron, médico distinguido en Chinon, ha encontrado en dos niñas afectadas de esta enfermedad, y muertas en 1834 en el hospital de párvulos, la médula espinal reblandecida en la region cervical (tesis de 1836). M. Guersant ha encontrado la misma lesion en dos niños. M. Serres ha observado diversas alteraciones (tumor lardáceo, inyeccion, inflamacion) en los tubérculos cuadrigéminos. M. Monod ha visto una hipertrofía de la médula, y diversos médicos han hallado en el cerebro y en la médula, tumores y diferentes concreciones. Pero estos hechos, cortos en número, prueban que la corea, como casi todas la demás neurosis, puede ser algunas veces sintomática. M. Prichard en Inglaterra dice haber encontrado gran cantidad de serosidad hácia los centros nerviosos en tres niños muertos de corea, pero ningun otro ha visto semejante lesion, y eso que M. Delafond la ha buscado espresamente en los animales. Esto hace sospechar que el médico inglés se ha alucinado con la cantidad de líquido cefaloraquidiano que naturalmente se encuentra en mas abundancia en los niños que en los adultos. Tambien puede suceder que esta sufusion serosa dependiese de una agonía larga.

Habiendo M. Sée analizado en su trabajo ochenta y cuatro observaciones de corea terminada por la muerte, llegó á conclusiones algo diferentes. Segun este distinguido médico, treinta y dos veces habia en efecto un reblandecimiento de la pulpa nerviosa, ó un derrame aranoideo, lesiones que por otra parte él considera como fortuitas y sin relacion alguna directa de causa ó efecto con los trastornos funcionales. Sobre otra categoría de treinta y cuatro individuos, M. Sée dice que se han hallado varias flegmasias aisladas ó reunidas del tejido seroso; pero estas son en nuestro concepto complicaciones ó lesiones últimas que se declaran en la corea, como en el curso de otras muchas afecciones, sin que nos consideremos autorizados para ver, como M. Sée, en esas flegmasias una espresion de la diátesis reumática.

Síntomas.—En algunos casos muy raros se ha visto empezar la corea de repente; pero esto solo se observa cuando sobreviene la enfermedad á consecuencia de una conmocion viva, como el terror. Casi siempre se declara lenta y progresivamente. Algunos niños, antes de presentar trastornos en los movimientos, se vuelven mas irritables é irascibles, ó están tristes; otros, mas vivos é impetuosos de lo regular. Sin embargo, bien pronto sobrevienen mo-

vimientos desordenados en diversas partes del cuerpo, Sydenham y Bouteille consideran la claudicacion como el primer fenómeno; pero es todo lo contrario; la cojera se presenta raras veces en un principio (cinco veces de ciento cincuenta y ocho). Segun los datos que debemos á M. Sée, el primer miembro acometido es el brazo, y casi siempre el izquierdo; en algunos individuos son los músculos de la cara, si bien por lo comun estos se afectan consecutivamente. Sea como sea los enfermos hacen gestos y tienen la cara torcida. Mas débiles ó menos dueños de sus movimientes, muchos no tienen tino; se caen con mucha facilidad; arrastran la pierna cuando andan, y no pueden coger nada sin dejarlo caer ó romperlo. Todo esto les cuesta reprimendas y golpes, porque los padres no consideran estos actos como indicios de una enfermedad, sino como efecto de la voluntad ó de malas inclinaciones. Pero no tarda mucho en caracterizarse bien la corea. En las partes afectadas se perciben saltos de tendones, sacudimientos, movimientos irregulares, desordenados y enteramente involuntarios, que presentan ciertas particularidades segun los puntos del cuerpo en que tienen su asiento. En la cara son gestos y muecas muy estrañas; si reside la enfermedad en los miembros superiores, se mueven estos en todas direcciones, y la voluntad mas enérgica no puede moderarlos. Si los enfermos quieren beber, dice M. Blache, no consiguen llegar el vaso á la boca sino despues de hacer una porcion de movimientos angulares, opuestos al principio, unos voluntarios que tienen por objeto acercar el vaso á los labios, y otros involuntarios en sentido contrario. Luego que consiguen llegarle á la boca, le cogen con los dientes y le vacian con precipitacion casi de un sorbo, por temor de que un nuevo movimiento convulsivo se le aleje. Cuando están afectados los miembros inferiores, andan con mucha irregularidad los enfermos; no pueden seguir una línea recta, van claudicando, se les enredan las piernas, y dan unos saltitos, lo cual ha dado márgen á que se dé á la enfermedad el nombre que tiene. Si participan del mismo desórden los músculos del cuello, se balancea la cabeza de un lado á otro, adelante y atrás; ó bien se observa un movimiento de rotacion casi continuo, como el que se nota en ciertos pájaros.

Cuando la enfermedad adquiere cierta intensidad, se halla la cara en un estado de agitacion perpetua, los ojos en continua rotacion; es enteramente imposible el coger los objetos; los enfermos no pueden andar ni estar de pié; se caen rodando en todas direcciones sin poderse levantar, y hay necesidad de meterlos en la cama y sujetarlos con la camisola. Pero los movimientos continuos que ejecut an producen escoriaciones en los miembros y parte posterior del tronco; los brazos, agitándose de un lado á otro y tropezando con los objetos circunstantes, se llenan de contusiones.

Tambien los músculos de la lengua, de la laringe y de la faringe participan frecuentemente del desórden: en estos casos, se observa que los enfermos sacan de cuando en cuando la lengua, y la vuelven á meter con un movimiento repentino y convulsivo, mordiéndosela y destrozándosela algunas veces con los dientes. Dicho órgano, chocando con fuerza en sus desordenados movimientos con el paladar ó los labios, produce un chasquido análogo al de un látigo. La pronunciacion es difícil, estropajosa; algunos pacientes esperimentan una especie de tartamudez; otros no pueden articular ni una sola palabra; algunos, dice M. Blache, solo producen una especie de ahullido; finalmente, como el es-

pasmo invade á veces los músculos de la faringe, suele ser la deglucion mas ó menos difícil é irregular.

Generalmente se aumentan los movimientos convulsivos con las emociones y los escitantes; pero la temperatura no los modifica. Por muy intensos que sean, disminuyen mucho y aun desaparecen del todo durante el sueño. Este no siempre es regular; pues no es raro que los enfermos padezcan insomnios rebeldes; pero á pesar de esto y de la estension y continuidad de los movimientos, la mayor parte de los pacientes no se quejan de ninguna fatiga.

Casi siempre se observa en la corea, segun M. Dufossé, algun trastorno de la sensibilidad moral: asi es que los enfermos son irritables; lloran y rien sin motivo. Segun Georget y Bouteille, siempre están mas ó menos debilitadas las facultades intelectuales; pero M. Blache y Bouillaud creen que no es esta alteracion tan frecuente como se supone. Las palpitaciones, la disuria, la cardialgia y los dolores en la nuca, que diversos autores indican como fenómenos constantes ó muy comunes en el curso de la corea, son, por el contrario, muy raros, y cuando existen, son probablemente independientes de la afeccion.

En la corea es libre la respiracion; no hay calentura, ni se observa ningun trastorno en las funciones digestivas.

Curso.—Rara vez es general la corea desde el principio. Comunmente están limitados los trastornos por espacio de algun tiempo á una sola parte, como la cara, ó á uno ó varios miembros. En el mayor número de casos empiezan los trastornos de la motilidad por el lado izquierdo del cuerpo, y se estienden consecutivamente al derecho. La corea doble es la mas frecuente, segun MM. Barthez y Rilliet, lo cual está conforme con nuestras observaciones. Cuando es parcial esta afeccion, ocupa casi siempre símultáneamente el brazo y pierna izquierda, ó solamente el miembro superior. Una vez la hemos visto limitada á los miembros superiores, pero mas marcada en el izquierdo. Bouteille refiere un caso de corea cruzada en que se encontraban afectados el brazo de un lado y la pierna del otro. En algunos enfermos está limitada á los músculos del cuello y de la cara, y aun puede estarlo solo á los del ojo.

El curso de esta enfermedad es casi siempre continuo: se agrava por algun tiempo y luego permanece estacionaria; por último, disminuye ó presenta alternativas muy irregulares. Bouteille y Rufz han citado cada uno un caso de corea periódica, que empezaba diariamente á medio día y terminaba á las seis de la tarde.

Parece, segun M. Rufz, que las enfermedades intercurrentes no modifican la enfermedad en cuanto á su duracion é intensidad. Habiendo M. Sée estudiado á su vez esta interesante cuestion, reconoció que las enfermedades febriles empezaban por producir una excitacion general, acompañada de una exasperacion de los movimientos coréicos que se continuaba durante los prodromos y el período de subida. Pero cuando el eretismo febril llega á su apogeo, la agitacion coréica disminuye y muchas veces desaparece con la fiebre, ya definitivamente, ya para reaparecer, pero de una manera momentánea, cediendo entonces con facilidad al tratamiento. Stoll cita la historia de dos jóvenes, que acometidas por una fiebre petequial en el curso de una corea, vieron á esta disminuir y cesar al mismo tiempo que la pirexia.

Una vez curada la corea, hay mucho riesgo de recidivas. Se han visto in-

dividuos que han recaido hasta seis ó siete veces, reproduciéndose la enfermedad anualmente ó con intervalos de algunos años.

Duracion.—Es muy variable la duracion de esta enfermedad; rara vez baja de uno ó dos septenarios, y por lo comun dura uno ó dos meses: á veces tiene un curso crónico, y entonces es indefinida su duracion. Tal es el hecho referido por M. Rostan de una mujer que murió de cincuenta años de resultas de una corea que estaba padeciendo desde los siete. Generalmente las coreas crónicas son parciales, y muchas dependen de alguna lesion material de los centros nerviosos; van acompañadas frecuentemente de una disminucion mas ó menos considerable de la memoria y de la inteligencia, y algunas veces sucede que los músculos afectados se atrofian mas ó menos, conservándose sin embargo, la salud general casi intacta.

Terminaciones.—En el mayor número de casos termina la corea por la curacion completa. A veces, sin embargo, cuando es muy intensa, cuando es estremado el desórden de los movimientos, se estenúan los enfermos y sucumben; MM. Barthez y Rilliet creen que en estos casos mueren los enfermos asfixiados, pero en nuestro concepto sobreviene la muerte por estenuacion. En semejantes ocasiones se verifica siempre esta fatal terminacion con mucha rapidez, se anuncia por un enflaquecimiento y una alteracion notable de las facciones que sobreviene casi de repente. Esta es una circunstancia que ha mencionado nuestro amigo el doctor Gendron (de Chinon). Sin embargo, casi todos los coréicos que sucumben, es á consecuencia de una enfermedad intercurrente.

Coreas anómalas.—Se han querido considerar como variedades ó formas anómalas de la corea algunas afecciones nerviosas mal definidas, que han sido muy vagamente descritas por los alemanes y por algunos italianos. Me refiero á las enfermedades indicadas bajo los nombres de *gran baile de San Guy* y de *coreas rítmica* y *eléctrica.* La primera se presenta en forma de accesiones durante cuyo intervalo es la salud perfecta. Hay en ella movimientos involuntarios, tónicos ó clónicos, con ó sin catalepsia, desórdenes intelectuales, anestesis ó una exaltacion de los sentidos, constituyendo de consiguiente una forma de histérico. La corea rítmica está caracterizada por contracciones regulares, frecuentemente uniformes. Los enfermos tienen una tendencia irresistible á avanzar y otros á dar vueltas; pero estas lesiones, casi siempre sintomáticas de las cerebrales; nada tienen de comun con la corea que acabamos de describir. En cuanto á la corea eléctrica de los médicos italianos, no podemos decir aun lo que la constituye. Los sacudimientos tetánicos ó eclámsicos que la caracteterizan; la parálisis que sobreviene frecuentemente desde las primeras accesiones, la terminacion ordinariamente funesta de la afeccion, inducen á pensar que estos accidentes son los síntomas de alguna lesion grave de los centros nerviosos, y que la corea eléctrica no tiene de comun con la verdadera, mas que un nombre que no está justificado.

Diagnóstico.—Tan marcados son los fenómenos que presenta la corea, que no se la puede confundir con ninguna otra enfermedad conocida. Creemos que seria ocioso establecer un diagnóstico diferencial entre la corea y el histérico ó la epilepsia. Las únicas afecciones con que tiene la corea algunos puntos de semejanza, son la parálisis, las convulsiones, ciertas neuralgias faciales y el temblor.

Cuando la corea empieza, y sobre todo cuando no ocupa mas que la mitad del cuerpo ó está limitada á un miembro, los enfermos con su actitud, con los piés que los arrastran al andar y con los brazos caidos á lo largo del tronco, podrian hacernos creer en una parálisis. Pero basta un poco de atencion para no equivocarse. En la corea, no solo la sensibilidad está intacta, sino que examinando algunos instantes á los enfermos, se sorprenden en ellos movimientos irregulares y muy característicos. Por otra parte, en la corea los movimientos están pervertidos, pero no debilitados. Decidles á un paralítico y á un coréico que os aprieten la mano; el primero no podrá hacerlo ó lo hará con dificultad; el segundo, por el contrario, os la apretará con fuerza, si bien será de una manera brusca y como entrecortada.

La corea no tiene semejanza alguna con ninguna de las variedades de las convulsiones. Estas sobrevienen por crisis, y consisten en una contraccion violenta é involuntaria de los músculos, predominando especialmente en los flexores, al paso que en la corea los movimientos desordenados son continuos, no cesan sino durante el sueño, afectan casi indiferentemente todos los músculos, y no se hallan tan completamente sustraidos al imperio de la voluntad como los movimientos convulsivos.

Hay ciertas contracciones musculares involuntarias, crónicas, limitadas á algunos músculos, en especial á los de la cara, que sobrevienen rápida é instantáneamente, y se les da generalmente el nombre de *gestos*. Se diferencian de la corea en que èsta es rara vez tan limitada, y está constituida por movimientos desiguales, irregulares, que no son absolutamente irresistibles.

Cuando la corea empieza por los músculos de la lengua, puede tambien inducir á error, y hacernos atribuir la dificultad de hablar á alguna lesion grave del cerebro. Pero la rápida estension de la enfermedad á otros músculos y la falta de los demás desórdenes sintomáticos de las afecciones cerebrales, vendrán á aclarar el diagnóstico.

Por último, se distinguirá fácilmente la corea del temblor senil y del que determinan los escesos alcohólicos y venéreos, como igualmente de los que proceden de emanaciones mercuriales y saturninas, porque en esta última afeccion las contracciones musculares son involuntarias, cortas, uniformes, y consisten en un movimiento de vaiven que se ejecuta por los estensores y los flexores simultáneamente atacados.

Pronóstico.—La corea no es por lo comun una afeccion grave. La que es reciente, la que sobreviene en la infancia, se cura mas fácilmente, y tambien se cura mejor la general ó la que invade todo un lado del cuerpo, que la que está limitada á una parte de la cara ó á un miembro. ¿Es la corea menos rebelde en las niñas que en los niños? Asi parece resultar del estado que M. Moynier, hijo, publicó en los *Archives* de 1854. El pronóstico es grave cuando la agitacion es estremada y continua, y cuando pasa la enfermedad al estado crónico, principalmente si está complicada con epilepsia, ó si es sintomática de alguna lesion de los centros nerviosos: en uno y otro caso es incurable la enfermedad.

Etiología.—Todos están conformes en considerar la corea como una enfermedad mucho mas comun en la infancia que en las demás edades. Sin embargo, no es igual su frecuencia en todos los períodos de la infancia, pues es casi

desconocida antes de los seis años, y tiene su maximum de frecuencia de los seis á los quince. Las niñas están mucho mas espuestas que los niños, y se cree que una constitucion nerviosa é irritable favorece el desarrollo de la enfermedad. La corea se ve con mas frecuencia en verano que en invierno; pero no se conoce aun la influencia de los climas. Bouteille la considera menos como un estado preternatural que como un desarrollo difícil de la pubertad; pero esta opinion simplemente teórica ha sido victoriosamente rebatida por M. Rufz, que, habiendo probado que la enfermedad era tan comun de seis á diez años como de diez á quince, ha demostrado cuán poco lógico era referir á una causa la manifestacion de un mal que se desarrolla tres ó cuatro años antes de que aquella exista.

Se ha creido que el terror y el onanismo eran las causas determinantes mas eficaces de la corea, y el mismo efecto se ha atribuido al embarazo. Tambien puede desarrollarse por imitacion, como otras muchas neurosis, especialmente en los niños. Algunas veces parece que ha reinado epidémicamente, como sucedió no hace muchos años en una aldea del Tirol; pero es dudoso que puedan referirse á la corea ciertas epidemias de que han hablado Plinio, Mezeray y Cullen, ni esas enfermedades nerviosas que tan frecuentes han sido en la edad media, y que Hecker ha querido referir á nuestra corea.

Algunos médicos ingleses han creido hallar una relacion de causa ó efecto entre el reumatismo, sobre todo entre el reumatismo con endo-pericarditis y la corea. M. Sée en su memoria, y M. Bothrel en su tesis (1850) han insistido en querer probar que la corea era frecuentemente un efecto de la diátesis reumática. Dos veces en cuatro casos M. Sée ha visto confirmada esta etiología: Por lo comun, ó de siete veces las cinco, el reumatismo precede á la corea; otras veces, al contrario, la corea es primitiva. Sin embargo, esta etiología no nos parece tan perfectamente establecida como á M. Sée. ¿No habrá este confundido con frecuencia los dolores reumáticos con dolores dependientes de la fatiga, del crecimiento, etc.? He aquí lo que nosotros nos inclinamos á creer. Por otra parte, cuando se reflexiona cuan raro es el reumatismo á la edad en que la corea tiene su *maximum* de frecuencia, cuando se considera que la corea no determina las complicaciones que en el curso de los reumatismos son tan comunes, cuando, en fin, el tratamiento que se opone á los reumatismos ofrece con el que se opone á la corea tan poca analogía, vacilamos en adoptar la doctrina de M. Sée á pesar de haberla presentado muy hábilmente. En nuestro sentir esta cuestion no se halla aun mas que iniciada, y para resolverla se necesitan hechos mas numerosos y precisos que los que hasta hoy se han citado.

Tratamiento.—Fundados en ideas teóricas y generalizando lo que solo pertenecia á algunos casos escepcionales, han propuesto diferentes autores las emisiones sanguíneas en el tratamiento de la corea. Sydenham sangraba y purgaba para evacuar, segun decia, un humor que irritaba los nervios. Bouteille sangraba menos que Sydenham; hacia una, dos y nunca mas de tres sangrías de 4 á 12 onzas, menos como evacuantes que como calmantes y antiespasmódicas. Finalmente, los que, como M. Serres, han visto en la corea una congestion ó una afeccion material de los centros nerviosos, prescriben sanguijuelas á la nuca y á las sienes, ventosas y fuentes á lo largo del ráquis; pero estos medios debilitantes son á propósito para agravar el mal, aumentando la susceptibilidad

del sistema nervioso; de consiguiente no deberá recurrirse á las evacuaciones sanguíneas sino cuando el sugeto sea robusto y pletórico, ó haya alguna complicacion que las reclame. Lo mismo sucede con los purgantes recomendados por Hamilton con eficacia por tener la idea errónea de que la corea era efecto de la constipacion. Hamilton, despues de haber empleado los purgantes dulces, oleosos ó salinos, usaba los drásticos mas enérgicos, y perseveraba en ellos por espacio de quince ó mas dias; pero este método está lejos de producir los resultados que de él se prometia su autor, como lo han probado M. Hugues y especialmente el doctor Bardsley (1). Lo que decimos de los purgantes se hace estensivo tambien á los vomitivos. Laënnec y Breschet, imitando la práctica de algunos médicos italianos, parece que han obtenido buenos resultados con la administracion del emético á dosis altas; pero esta medicacion, que debe usarse por espacio de mucho tiempo, es tal vez un poco violenta para los niños, y no quisiéramos que se recurriese á ella sino cuando han sido inútiles los medios mas suaves: ademas, habiendo presenciado algunos de los ensayos de Breschet, no hemos reconocido la eficacia de dicha medicacion. Entre los medios internos no debemos olvidar los antielmínticos recomendados especialmente por Gaubius, Stoll y P. Frank, y que creemos inútiles. Los medicamentos que mejores resultados han producido, son los antiespasmódicos, los narcóticos y los tónicos. El mas eficaz de los primeros es la valeriana, recomendada por Bouteille y Murray; se administra en polvo desde medio escrúpulo á una ó dos dracmas mezclada con miel ó con cualquier otro dulce. Bayle y Jadelot aconsejan la asafétida á la dosis de 2, 6 ú 8 granos; Fouquier, segun dice Blache daba dosis mas crecidas, hasta una dracma por dia. Finalmente, á estos medios debemos añadir el óxido de zinc, que se ha administrado en píldoras desde 6 granos á un escrúpulo en las 24 horas. Todos estos medicamentos son útiles algunas veces, pero nunca tienen una gran eficacia. El opio se ha celebrado mucho, y sin embargo ha sido con frecuencia impotente. Lo hemos administrado á cinco enfermos de 15 á 20 años, y hemos modificado la enfermedad de una manera tan rápida que hemos tenido que confesar la accion favorable del remedio. Lo hemos dado primero á la dosis de 2 granos en 4 píldoras, y lo hemos ido aumentando sin pasar jamás de la dosis de 6 granos en 24 horas. Creemos, sin embargo, que se podria elevar mas la dosis. Pero no nos atreveriamos á imitar la resolucion de Trousseau que ha llegado á dar en un solo dia 20 granos de opio ú ocho de morfina. Este sabio catedrático suele administrar una cuarta parte de grano de opio cada hora, hasta que se han calmado notablemente los movimientos convulsivos y sobreviene un principio de embriaguez. Conserva el enfermo en este estado de intoxicacion por espacio de cinco ú ocho horas, y despues de haberle dejado descansar algo, prosigue la medicacion. Asegura que es muy raro que á los quince dias de este tratamiento no se haya modificado la corea de tal modo que la naturaleza por sí sola complete la curacion en poco tiempo.

Varios médicos han tratado de modificar ó curar la corea con inspiraciones de éter ó de cloroformo. Por lo comun, los movimientos suspendidos durante el sueño anestésico, han reaparecido despues con su primitiva intensidad; no

(1) *Gazette médicale*, 1851.

obstante M. Géry ha recogido recientemente en el hospital de párvulos algunos hechos que establecen al parecer que el cloroformo, inhalado dos veces al dia hasta á efecto resolutivo, cura con prontitud ciertas coreas. Estos ensayos merecen pues proseguirse en mas vasta escala.

La medicacion tónica se compone principalmente de preparados de quina y ferruginosos; se ha encomiado mucho el sub-carbonato de hierro.

Nada diremos de ciertos medios violentos y peligrosos, tales como el nitrato de plata, el sulfato de cobre, el iodo, las cantáridas y el ácido cianhídrico que no son de ninguna utilidad demostrada. Tambien se han preconizado, especialmente en Inglaterra, las preparaciones arsenicales, empezando por una dosis muy mínima, una centésima parte de grano de arseniato de potasa; pero el uso de este método peligroso no puede justificarse sino en los casos rebeldes á todos los demás agentes. Lo mismo tal vez pudieramos decir de la nuez vómica y de la estricnina que M. Trousseau ha ensalzado recientemente despues de haberla empleado MM. Lejeune, Niemann, Cazenave, y especialmente Fouilhoux y Rougier. M. Trousseau da la preferencia al sulfato de estricnina que lo disuelve en jarabe en la proporcion de un grano por cuatro onzas de jarabe; da primero tres dracmas y aumenta diariamente una hasta que sobreviene la rigidez muscular, y aumenta ó disminuye las dosis segun los efectos producidos. Si se emplea la estricnina, se da una décima parte de grano, y se eleva progresivamente hasta que la rigidez se declara.

Muchos tratan la corea por medios esternos. Nada diremos de los revulsivos cutáneos aplicados á lo largo del ráquis, que han sido recomendados por Chrétien y por el americano Byrne, pues nada demuestra su utilidad. No diremos otro tanto de los baños, la gimnasia y la electricidad. Los baños tibios prolongados, y principalmente los frescos ó frios, con afusiones ó sin ellas, han gozado y gozan todavía de cierta reputacion. Dupuytren daba para esto la preferencia á la infusion de valeriana. Hacia que dos hombres de fuerza cogiesen al paciente por los piés y los brazos, y que, en cualquiera estacion le pasasen cinco, seis ú ocho veces entre dos capas de agua á la temperatura de 10 á 15 grados, mojándole primero la cabeza. Hemos visto resultados muy felices en la clínica de este célebre cirujano. Pero por útiles que sean los baños frios, son muy inferiores á los sulfurosos. Estos, propuestos y popularizados por Baudelocque en el hospital de párvulos, son uno de los medios mas eficaces que se poseen. Preparados con cuatro onzas de sulfuro de potasa, se administran cada dos dias, y el enfermo debe permanecer en ellos al menos una hora. M. Sée estatablece en su trabajo que de 57 enfermos han curado en un término medio de veinte y dos dias, 50.

Segun M. Sée, la gimnasia es despues de los baños sulfurosos el método de tratamiento que mas triunfos ha obtenido. Este médico distinguido dice, que de 22 enfermos han curado 16, durando el tratamiento por término medio veinte y nueve dias. La gimnasia, aconsejada por Darwin y Marson Good, se emplea actualmente en el hospital de párvulos; M. Blache con este medio hace cesar el estado de languidez, regulariza las contracciones y destierra los hábitos viciosos. Para llegar á este triple resultado aconseja M. Sée empezar el tratamiento prescribiendo movimientos simples y cadenciosos; se ejercita al mismo tiempo la laringe por medio del canto; se obliga al niño á sostenerse verticalmente,

se le hacen doblar y estender las rodillas, herir el suelo con los piés, estirar ó encoger el brazo, armonizando todos estos movimientos con cantos regulares, y mas adelante se le hace marchar á paso lento ó redoblado. A los cinco ó seis dias, si no se notan algunos progresos, es de temer que esta medida sea insuficiente.

Llamaremos tambien la atencion hácia la electricidad, la cual, despues de haber sido empleada ventajosamente por Dehaen y Sigaud-Lafond, se ha puesto de nuevo en boga por Andrieux y Magendie. Este medio merece, en efecto, ser aun esperimentado.

De lo que precede resulta que la corea es una enfermedad rebelde, de una duracion casi siempre larga, y contra la cual no poseemos aun ningun medio eficaz. M. Moynier, estudiando comparativamente la influencia de los baños sulfurosos, de la gimnasia y de la estricnina, ha visto que no podia establecerse á favor de ninguno de estos tres métodos una predileccion manifiesta.

Cualquiera que sea el tratamiento que se adopte, se ha de buscar en el régimen un auxiliar poderoso. Hallándose comunmente los enfermos mas ó menos debilitados, se debe recurrir á un régimen corroborante. Es preciso ponerles á cubierto del frio y de las vicisitudes atmosféricas, obligarles á hacer un ejercicio proporcionado á sus fuerzas, y en igualdad de circunstancias hacerles residir en el campo con preferencia á la ciudad. Se evitarán todas las emociones vivas, todas las causas de desazon ó de susto, y se suspenderán todos los trabajos intelectuales. Cuando la enfermedad consiste ya solo en algunos movimientos irregulares de los dedos, bastará para triunfar completamente de ella dedicar las manos á algunos trabajos ó ejercicios que requieren precision. Con el estudio del piano se consigue el objeto, y nosotros le debemos ventajas manifiestas.

DEL TEMBLOR.

El temblor, dice J. Frank, consiste en una oscilacion rápida, que agita de continuo á los miembros en direcciones contrarias, con movimientos iguales de vaiven.

Síntomas y curso.—El temblor puede ser general, ó limitado á alguna parte del cuerpo, como la cabeza, ó algun miembro; tambien puede afectar únicamente uno ó dos músculos, como sucede algunas veces en la cara. Es continuo ó periódico; se calma y aun se suspende durante el sueño para reproducirse al despertar. Comunmente es continuo, pero algunas veces desaparece cuando los enfermos están en reposo, y se renueva en cuanto se mueven. Por lo general se aumenta mucho con las conmociones vivas, el calor, el uso de los escitantes difusibles y los escesos venéreos. El temblor cesa por lo regular cuando está sostenida la parte afecta; pero algunas veces sucede lo contrario.

Varía mucho la intensidad del temblor; en efecto puede ser apenas perceptible, ó tener tal violencia que no logren estar de pié los enfermos, ni coger nada con las manos; la cabeza puede inclinarse constantemente de delante atrás, ó de un lado á otro, ó bien ejecutar un movimiento de rotacion muy penoso. Si el temblor afecta los músculos que concurren á la articulacion de los sonidos, los enfermos hablan con mucha dificultad.

La duracion del temblor es indeterminada; puede ser momentáneo, ó persistir indefinidamente y hacerse incurable; tal sucede con el que depende de los progresos de la edad: lo mismo se observa muy á menudo con el temblor debido á una causa tóxica.

Diagnóstico.—El temblor se distingue fácilmente de la corea, porque en esta hay saltos de tendones, sacudimientos, movimientos repentinos y multiformes, al paso que en el temblor se parecen mas los movimientos á los voluntarios. Se ejecutan, dice J. Frank, con una especie de igualdad, tan pronto hácia arriba como hácia abajo, ya á un lado, ya á otro.

Pronóstico.—El temblor nunca compromete la vida por sí mismo, pero constituye en general una dolencia rebelde y muchas veces incurable. Cuando sobreviene en una persona sana y se limita á uno ó dos miembros, suele indicar una parálisis incipiente. En igualdad de circunstancias, el que es reciente, no es tan grave como el antiguo; el limitado, es menos rebelde que el general; el intermitente, se cura con mas facilidad que el continuo; finalmente, para establecer el pronóstico, se atenderá á la edad del sugeto y á las causas que han producido la enfermedad.

Etiología.—Algunas veces sobreviene el temblor á consecuencia de una viva conmocion moral, de la impresion del frio, de un sacudimiento producido por una contusion del ráquis; muchas veces es efecto de causas que sobreescitan y debilitan el sistema nervioso, como los escesos venéreos y principalmente el onanismo, el uso inmoderado del té, del café, y especialmente de los licores fermentados; de la misma manera obra el opio tomado de continuo y á dosis altas.

El temblor, como hemos visto, afecta frecuentemente á los sugetos espuestos á las emanaciones saturninas y mercuriales. Finalmente, en muchas ocasiones es efecto de la edad, en cuyo caso puede manifestarse en una época mas ó menos avanzada; algunos sugetos le padecen de muy jóvenes.

Tratamiento.—Antes de todo es preciso sustraer á los enfermos á la accion de las causas que han producido el temblor, y luego se verá si hay alguna indicacion predominante. Algunas veces basta hacer una sangría á un sugeto pletórico para que cese al momento un temblor violento, que suele haber sobrevenido sin causa apreciable. Cuando sucede el temblor á una contusion del ráquis, se aplicarán á este punto ventosas escarificadas y revulsivos enérgicos. Tambien en las demás especies de temblor convendrán estos últimos, asociados con los baños sulfurosos y de vapor, y con los antiespasmódicos. Finalmente, en casos rebeldes pudiera ensayarse el uso de la electricidad y de la estricnina (1). (Véase para mayor abundamiento la historia del temblor metálico).

(1) Hace algunos años que se hizo mencion en Alemania de un temblor particular de los dedos de la mano derecha, que solo se observa al escribir. Gierl fue el que primero le observó, y luego Eitner hizo mencion de él; de él citó tambien mas adelante dos ejemplos el doctor Heyfelder; Albert (de Berlin), Ed. de Siebolb y los doctores Hardegg y Riech, han recogido tambien otras varias observaciones.

Consiste la afeccion en un temblor de los dedos que sostienen la pluma, y que no se presenta en ninguna otra circunstancia sino cuando el individuo trata de escribir. En el caso descrito por M. Hufelder, podia el enfermo cortar la pluma y tenerla mucho tiempo entre los dedos como si fuera á escribir; podia lavarse, afeitarse y tocar el piano sin tener novedad; pero apenas empezaba á escribir, le acometia el temblor, y á veces era tan fuerte que no podia poner ni una palabra inteligible. En cuanto dejaba de escribir desaparecia el tem-

DE LA PARALISIS IDIOPÁTICA

Se entiende por *parálisis* la pérdida absoluta ó la disminucion notable de la sensibilidad y de los movimientos. La parálisis de la sensibilidad ha recibido el nombre de *anestesia*.

La parálisis puede ser completa ó incompleta, general ó parcial: si ocupa todo un lado del cuerpo se llama *hemiplegia*, y *paraplegia* cuando están afectadas ambas estremidades inferiores; finalmente, se llama *parálisis cruzada* cuando afecta el miembro superior de un lado, y el inferior del lado opuesto. La parálisis que ocupa un miembro, acomete por lo regular á todos los músculos indistintamente; á veces sin embargo solo ataca los músculos destinados á un órden de movimientos, como sucede, por ejemplo, en las parálisis saturninas, en las que se hallan especial y hasta esclusivamente afectados los estensores de la muñeca y de la mano. Cuando existe sola la parálisis de la sensibilidad, sin lesion de los movimientos (lo cual es muy raro), ocupa tambien una estension mas ó menos considerable de la piel; á veces es diseminada, es decir, que se encuentran de trecho en trecho porciones mas ó menos estensas de tegumentos en que está abolida ó disminuida la sensibilidad. Puede afectar igualmente las membranas mucosas accesibles á nuestros medios de investigacion. Cuando estas están dotadas de sensibilidad especial, como la tienen la pituitaria y la mucosa que tapiza la lengua, se ve que la parálisis ataca aislada ó simultáneamente la sensibilidad especial ó la sensibilidad total. En cuanto á esta última hay que hacer una distincion importante. Hay enfermos que si se les pincha ó corta, no sienten ni el dolor ni el contacto de los instrumentos. Este estado caracteriza la *anestesia*. Hay otros, completamente insensibles al dolor, que sienten, sin embargo, el contacto del cuerpo con que se les hiere. Esta parálisis del sentimiento del dolor, muy bien descrita en estos últimos tiempos por MM. Beau y Delacour (1), ha recibido el nombre de *analgesia*.

La parálisis, en el mayor número de casos, es una afeccion sintomática de una alteracion material de los centros nerviosos. El catedrático Chomel ha dicho con razon que, de todos los trastornos cerebrales, la parálisis de la sensibilidad y del movimiento es el que mas valor tiene en el diagnóstico de las afecciones del cerebro y sus dependencias. Asi que, la hemiplegia es un signo patognomónico de una lesion del hemisferio cerebral opuesto, y la paraplegia revela generalmente la existencia de una enfermedad de la médula espinal. Existen sin em-

blor. Muchas veces no esperimentan los enfermos ninguna sensacion desagradable ni dolorosa en los dedos, pero en otros casos si.

Esta afeccion parece que se desarrolla lentamente: hasta ahora solo se ha observado en hombres, y todos pasaban de 30 años, escepto el de Hufelder, que no tenia mas que siete.

Los espirituosos, las afecciones morales y las pérdidas seminales, se cree que aumentan el temblor. Nunca se han podido referir estos síntomas á ninguna enfermedad determinada; asi es que los autores los han confundido con la corea.

Hasta ahora se ha resistido la enfermedad á todos los medios. Solo algunos enfermos han conseguido escribir medianamente, uno envolviendo la pluma con un gran pedazo de corcho, para que abulte mas, otro asegurando la pluma á los dedos por medio de anillos metálicos, etc. Véase Heyfelder, en *Etudes médicales*. Stuttgardt, 1835.

(1) *Archives générales de médecine*, 4.ª serie, t. XVI, p. 5, y *Thèse de Paris*, année 1850, n.° 7.

bargo en la ciencia algunos casos en que habia parálisis permanentes y estensas que no pudieron esplicarse por ninguna alteracion material de los centros nerviosos, ni de los cordones que de ellos proceden. Estos son hechos que caracterizan la parálisis *idiopática ó esencial*, única de que debemos tratar aquí, remitiendo al lector por lo que concierne á la parálisis sintomática en cuanto á sus causas, á su curso, á los accidentes que la acompañan y á su valor diagnóstico, á los artículos en que hemos tratado de las flegmasias, de las hemorragias, del reblandecimiento y de las producciones accidentales de los centros nerviosos.

La parálisis idiopática es una verdadera neurosis, pues no tiene carácter anatómico apreciable, ni en los centros, ni en los cordones nerviosos, y los trastornos funcionales constituyen en cierto modo toda la enfermedad.

Caracteres de las parálisis esenciales.—Las parálisis esenciales pueden ser generales como en la afeccion que describiremos luego bajo el nombre de *parálisis progresiva*, ó bien presentarse bajo la forma de la hemiplegia ó de la paraplegia. Observemos, sin embargo, que la hemiplegia esencial es sumamente rara, al paso que la paraplegia existe con bastante frecuencia sin esplicarse por una lesion material apreciable de la médula; pero en la mayor parte de casos las parálisis esenciales son mas ó menos circunscritas; se limitan á un órgano, como la vejiga, á un miembro, y sobre todo al antebrazo ó á los músculos que se hallan animados por un nervio. Esto es lo que se nota especialmente en la cara.

Estas parálisis se forman algunas veces progresivamente, pero á menudo son rápidas, bruscas, en su invasion. Pueden persistir mas ó menos tiempo, presentando algunas veces alternativas en bien y en mal, que no se observan en las parálisis sintomáticas. Incurables algunas veces, determinan la atrofia de los músculos, y en los niños se observa ademas una detencion en el desarrollo de los huesos y varias deformidades de los miembros y del raquis. No obstante, la enfermedad, por lo comun, disminuye y cesa despues de una duracion indeterminada. La desaparicion llega algunas veces pronto; la parálisis puede entonces reproducirse con prontitud tambien, mudar de sitio, y alternar con otros accidentes nerviosos, como se nota en los casos en que la parálisis es una de las espresiones del estado histérico.

Causas.—Las parálisis de que que hablamos son con frecuencia primitivas y sobrevienen sin causa apreciable. Muchas de ellas se declaran en el curso de ciertas afecciones, en especial de los órganos abdominales. Hemos hablado ya en ocasion oportuna de ciertas paraplegias esenciales que MM. Stanley, Rayer, Leroy d'Etiolles, hijo, etc., han visto declararse en las enfermedades de los riñones y de la vejiga. Dicho tambien tenemos, que despues de algunas disenterías se han observado parálisis limitadas á uno ó mas miembros. El doctor Graves ha visto igualmente sobrevenir paraplegias en el curso de enteritis y flegmasias graves de los órganos abdominales, y el doctor Hunt vió manifestarse el mismo fenómeno á consecuencia de afecciones uterinas (1). Estos hechos se esplican por las connexiones íntimas que hay entre la médula y el gran simpático.

(1) *Archives générales de médécine*, 2.ª serie, t. XI, p. 200.

Los escesos venéreos, en especial la masturbacion, han producido con frecuencia paraplegias. M. Moutard-Martin considera capaces de producir los mismos efectos á las hemorragias graves, sobre todo á las pérdidas uterinas, como yo mismo he tenido ocasion de verlo confirmado mas de una vez.

La paraplegia es frecuentemente una manifestacion del estado histérico. Veremos mas adelante al tratar de esta afeccion cuán comun es la anestesia. Tambien se ven en los histéricos parálisis musculares mas ó menos estensas que ocupan algunas veces los dos miembros inferiores. Se habla igualmente de paraplegias sobrevenidas bajo la influencia de una afeccion reumática, y yo ví diez y ocho años atrás un reumatismo muy móvil provocar una paraplegia que se declaró súbitamente y se disipó por sí misma. Deben considerarse como de naturaleza reumática todas las parálisis que sobrevienen bajo la influencia del frio húmedo.

La accion del frio, y sobre todo del frio húmedo, es la mas eficaz de las causas esteriores que pueden determinar las parálisis esenciales, como lo haremos ver luego al ocuparnos de la parálisis facial. El catedrático Graves dice tambien que la parálisis idiopática, tan bien descrita por él, sobreviene especialmente en los jóvenes que, dedicándose mucho á la caza y á la pesca, permanecen horas enteras con los piés en el agua. Yo he visto sobrevenir en un hombre una parálisis de los músculos estensores del antebrazo por haberlo tenido sumergido en agua muy fría.

En todas las edades puede encontrarse la parálisis esencial, y no es rara ni aun en los dos primeros años de la vida. Segun Underwood, numerosos ejemplos han presentado en Inglaterra Schaw, Badham, Kennedy y West; en Alemania Heine, en Francia Richard de Nancy (1) y el doctor Rilliet, el cual publicó acerca de esta afeccion un trabajo que comprendia las investigaciones hechas por los médicos cuyos nombres acabo de citar (2). Parece que esta parálisis afecta especialmente á los niños que tienen una denticion laboriosa y que presentan algun desarreglo de los órganos digestivos. Mas adelante pueden suceder los mismos accidentes á la masturbacion y á los escesos venéreos.

Diagnóstico.—Casos hay en que el diagnóstico de las parálisis esenciales no presenta ó presenta muy poca dificultad, y es cuando la enfermedad se inaugura bruscamente, cuando es limitada, cuando cesa rápidamente, y no va acompañada de ningun síntoma que pueda hacer creer en la existencia de una meningitis, de una hemorragia, de un reblandecimiento, de una produccion heteróloga de los centros nerviosos, ó de una alteracion cualquiera de un nervio.

El diagnóstico, por lo contrario, es difícil cuando la enfermedad es complicada, cuando ha sido precedida ó acompañada de accidentes cerebrales, como contracciones, accesiones de eclampsia, y cuando se prolonga lo bastante para acarrear una atrofia muscular. Fácilmente se comprende que las dificultades del diagnóstico son aun mayores en la edad tierna, en una época en que es difícil ó casi imposible analizar los fenómenos cerebrales. Los doctores West, Kennedy y Rilliet hacen ademas observar, que seria posible en los niños con-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1849.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1851.

fundir la parálisis de una de las estremidades inferiores con una afeccion incipiente de la nalga. Pero si se tiene en cuenta que en esta última enfermedad empieza y avanza con mas lentitud, que hay entumecimiento en la nalga y que los movimientos comunicados á la articulacion son dolorosos, se evitará fácilmente el error que indico. Por otra parte, es menester no tomar por paraplégicos á niños que no son mas que enclenques, que no andan aun en la época regular, ó que se cansan luego y se caen apenas han dado algunos pasos. Se desvanecerá toda idea de parálisis si, como lo hace notar M. Rilliet, se ve que los miembros no están atrofiados ni frios, y que los niños los mueven sin dificultad colocándoles en un plano horizontal.

Pronóstico.—La parálisis esencial es incomparablemente menos grave que la sintomática de una lesion material. En igualdad de circunstancias la parálisis que empieza bruscamente, la que está sujeta á alternativas, la que es irregular en su curso, ofrece mas probabilidades de curacion que la misma afeccion si nace poco á poco, si sigue un curso en progresivo aumento y si permanece largo tiempo estacionaria. Las parálisis histéricas y reumáticas son de consiguiente las que permiten un pronóstico mas favorable. Las que sobrevienen simpáticamente son mas funestas, y su pronóstico está subordinado á la gravedad de las enfermedades que las han provocado. Por último, el pronóstico deberá tambien subordinarse al sitio y á la estension de la parálisis, y á la mayor ó menor resistencia que oponga al tratamiento.

Tratamiento.—Para el de la parálisis esencial se han de llenar varias indicaciones. Si la enfermedad sobreviene en el curso de las flegmasias de los órganos abdominales, es menester provocar la resolucion de estas por medio de una medicacion conveniente. De cualquier modo que la parálisis se inicie, debemos procurar despertar la inervacion. Con este objeto se practican á lo largo del raquis y de los miembros paralizados, fricciones secas ó irritantes con linimentos amoniacales, con tinturas de cantáridas y con nuez vómica. Se pasean tambien vejigatorios volantes, y se administran baños y chorros de aguas sulfurosas ó salinas. Los enfermos serán enviados á los manantiales; las aguas termales, tan raramente útiles y tan frecuentemente perjudiciales en las parálisis sintomáticas, gozan de una virtud incontestable contra las parálisis esenciales, las cuales ceden no pocas veces á la aplicacion metódica de la hidroterapia. Tambien el galvanismo ha triunfado de algunos casos rebeldes.

Se prescriben al interior medicamentos que, nocivos en la mayor parte de parálisis sintomáticas, triunfan, por lo contrario, con frecuencia de las esenciales. Fonquier ha probado en semejantes casos la utilidad de las preparaciones de la nuez vómica. Tambien se dice haber sacado partido del tizon de centeno á la dosis de $^1/_2$ 1, o 2 escrúpulos por dia; pero los hechos de paraplegia cuya curacion atribuye M. Payan al uso del tizon del centeno, son poco concluyentes. Este medicamento no puede en manera alguna rivalizar con la estricnina que cuenta numerosos triunfos. Inútil es recordar que este veneno debe prescribirse con prudencia; se empezará por una décima parte de grano y se elevará la dosis hasta que se provoquen algunos sacudimientos musculares. Hay tambien que llenan indicaciones generales. Si los individuos son débiles se les administran tónicos; si son anémicos, se les prescriben los ferruginosos, y en uno y otro caso se les ordena una alimentacion analéptica, y se les coloca en

las mejores condiciones higiénicas posibles. Por último, cuando la parálisis se prolonga, se procura prevenir la atrofia muscular sometiendo las partes enfermas á un ejercicio apropiado. Los doctores Heine, Richard de Nancy y Rilliet han insistido mucho en la oportunidad de la gimnasia en tales casos.

DE LA PARÁLISIS DE ALGUNOS NERVIOS DE LA CABEZA.

Frecuentemente se encuentra paralizada la cara, y esta parálisis recae unas veces sobre la sensibilidad, otras sobre el movimiento, y algunas sobre una y otro á la vez. Puede coincidir con la parálisis de alguna otra parte del cuerpo, de uno ó de muchos miembros, por ejemplo, ó existir sola.

En el primer caso se refiere siempre á una alteracion del cerebro ó de las meninges; en el segundo es comunmente independiente de estas lesiones, y está relacionada con una alteracion apreciable, ó no, de uno ó varios nervios de los que se distribuyen por esta region. Esta última parálisis es la única de que nos ocuparemos en los siguientes artículos.

DE LA PARÁLISIS DEL NERVIO DEL TERCER PAR, Ó NERVIO MOTOR OCULAR COMUN.

La parálisis del nervio motor ocular comun tiene por efecto determinar: 1.° la procedencia del párpado superior, que no puede levantarse por esfuerzos que haga el médico. El ojo se halla entonces mas ó menos completamente tapado, porque estando paralizado el elevador del párpado superior, no puede contrabalancear la accion del músculo orbicular. 2.° se observa un estrabismo esterno á consecuencia de haber cesado la accion del músculo recto esterno, en tanto que el recto interno, animado por el nervio del sesto par, sigue contrayéndose. 3.° En la enfermedad de que nos ocupamos, la pupila se halla mas ó menos dilatada é inmóvil, porque la raiz motriz suministrada por el nervio motor ocular comun al ganglio oftálmico se halla paralizado, é igualmente los filamentos ciliares correspondientes. Este hecho ha fallado sin embargo en un caso citado por M. Grant, de Nueva-York; pero esta anomalía la esplicó una rama anastomósica insólita descubierta en la autopsia, rama suministrada al ganglio oftálmico por el nervio del sesto par. 4.° En la parálisis del nervio del tercer par hay *abolicion de los movimientos de rotacion alternativa del globo ocular alrededor de su eje antero-posterior*. Este hecho, en el cual M. Longet insiste en su obra de fisiologia, resulta de la inercia del músculo oblicuo inferior, á consecuencia de la cual el oblicuo superior, hallándose sin antagonista, atrae el ojo hácia un lado y le hace esperimentar una rotacion permanente de abajo arriba y de fuera adentro. Para probar esta alteracion de movimientos, dice M. Longet, que si obligando á llevar la cabeza alternativamente de uno á otro hombro, se observan al mismo tiempo los movimientos de los ojos, se reconoce desde luego que el ojo enfermo no puede como el del lado sano, girar en la órbita en sentido inverso de la cabeza, y sigue los movimientos de esta sobre todo cuando se inclina hácia el lado sano.

Se comprende fácilmente que en la parálisis del motor ocular comun, la vi-

sion se halla mas ó menos debilitada. Hay tambien con frecuencia diplopia, que se esplica por la divergencia de los ejes visuales.

La parálisis del nervio del tercer par reconoce las mismas causas que las demás parálisis que vamos á estudiar. M. Marchal (de Calvi) cree que puede sobrevenir consecutivamente á la neuralgia del quinto par. Hé aquí un punto curioso que este célebre cirujano ha tratado de dilucidar en 1846 en los *Archives de médecine*. Nosotros sin embargo no lo admitimos como demostrado. Casi todos los hechos invocados por Marchal son casos complicados, que al menos en su mayor parte se presentan sin duda alguna acompañados de alguna lesion orgánica en el nervio y hasta tal vez en los centros nerviosos.

Esta parálisis reclama el mismo tratamiento que las especies precedentes. M. Magendi se sirve de la electro-puntura. Hunde la aguja al nivel del arco superciliar en el músculo elevador del párpado, aplica un conductor á la mejilla, y hace funcionar despues la máquina de Clarke.

DE LA PARÁLISIS DEL NERVIO PATETICO, Ó NERVIO DEL CUARTO PAR.

M. Szokalski, ha citado casos de parálisis del cuarto par. M. Longet, en su *Physiologie*, ha reunido tambien los síntomas que caracterizan esta afeccion. 1.° Hay imposibilidad de la rotacion del ojo en la órbita. Esta imposibilidad, se reconoce cuando estando fija la mirada, se obliga al enfermo á doblar alternativamente la cabeza á derecha é izquierda. Entonces se ve que el ojo enfermo, permanece fijo sin seguir las rotaciones de su compañero. 2.° Hay constantemente diplopia, y las dos imágenes están á la vez *sobrepuestas* ó *inclinadas* relativamente la una á la otra. El ojo enfermo suministra la imágen oblícua é inferior. 3.° Esta doble vision, desaparece cuando se inclina la cabeza hácia el lado opuesto al ojo afectado.

DE LA PARÁLISIS DEL NERVIO DEL QUINTO PAR.

La parálisis del nervio del quinto par, mucho mas rara que la del nervio del séptimo, puede como esta última ser esencial, ó lo que es tal vez mas comun, ser sintomática de una alteracion orgánica. Esta es primitiva á veces, y á veces resulta de que se ha estendido hasta el nervio una lesion de las partes vecinas.

Siendo el nervio trigémino un nervio esencialmente sensitivo, á escepcion de su raicilla ó porcion no ganglional, la cual es motriz, resulta que en sus afecciones la parálisis se circunscribe con frecuencia esclusivamente á la sensibilidad de las partes superficiales y profundas de la cara.

Supongamos una alteracion de la porcion intra-craniana del quinto par ó del ganglio de Gaser, con integridad del nervio del séptimo par. La cara conservará su aspecto, su espresion, toda su movilidad, al paso que se disminuirá ó abolirá su sensibilidad hasta el estremo de poderla punzar, quemar la tez y las demás partes blandas del rostro, sin que el enfermo lo perciba siquiera. Las membranas mucosas vecinas, presentarán la misma insensibilidad, y se podrán pasear las barbas de una pluma por la superficie del ojo sin que el enfermo se impresione de una manera dolorosa, sin que tal vez lo sienta siquiera. Se podrá

igualmente punzar, irritar de varios modos las mucosas bocal y pituitaria sin que den estas partes ninguna señal de sensibilidad. La mitad correspondiente de la lengua no solo ha perdido entonces su facultad tactil, sino que tambien la de poder apreciar los sabores en sus dos tercios anteriores, es decir, en los puntos en que se distribuye el nervio lingual, al paso que la percepcion de los sabores sigue verificándose en la base de la lengua animada por el glosofaríngeo.

Por poco que la alteracion persista, sobrevienen graves trastornos en la nutricion de los órganos de los sentidos; los fluidos que los humedecen, se alteran, y se declaran graves lesiones consecutivas, de que resulta una perturbacion, y hasta una completa abolicion de las funciones especiales que tienen á su cargo. La córnea se condensa y vuelve opaca; las membranas mucosas del ojo, se reblandecen y se ulceran, y los humores contenidos, se escapan al fin al esterior; las encías como lo ha visto Serras en un enfermo, se hinchan, se reblandecen y caen á pedazos; la nariz se seca, lo qne unido á la pérdida de su sensibilidad tactil, esplica cómo, á pesar de la integridad del nervio olfatorio, el olfato se pierde. El mismo oido puede disminuirse ó estinguirse, si bien esto sucede raras veces. La pérdida de sentido es casi siempre el resultado de una alteracion de nutricion ó de secrecion. Si está afectada la rama motriz del quinto par, la mandíbula inferior queda como colgando y desviada, á consecuencia de la parálisis de los músculos temporal, masetero y terigoideo.

Es raro hallar estas varias alteraciones reunidas en el mismo individuo. Por lo comun, la parálisis afecta esclusivamente la rama motriz ó la porcion ganglional del nervio, ó solo una de las ramas de este.

No poseemos suficientes hechos para apreciar cual es el curso y la duracion de la parálisis del nervio trifacial.

Se deduce de lo dicho, que no será jamás difícil diagnosticar una parálisis procedente de una lesion del quinto par.

Las causas son con frecuencia oscuras; la parálisis es tal vez por lo comun sintomática de una alteracion del mismo nervio ó de una compresion de su tejido por un tumor circunstante. La anastesia puede ser consecutiva á una lesion traumática del nervio. Carlos Bell, refiere con este objeto la notable historia de un hombre, que habiéndose hecho estraer una muela, esperimentó inmediatamente una anestesia tal de la mitad de un labio, que habiéndose aplicado un vaso á la boca, creyó que no estaba, pues dejó de percibir su contacto en uno de los lados del labio inferior.

El tratamiento no se diferencia del que vamos á esponer ocupándonos de la parálisis del séptimo par.

DE LA PARÁLISIS DEL NERVIO DEL SESTO PAR, Ó MOTOR OCULAR ESTERNO.

La parálisis del nervio del sesto par, es una afeccion rara, acerca de la cual no se poseen mas que algunos casos aislados. Badin de M. Hurtebise los ha reunido en su tesis y ha compuesto un trabajo interesante, del cual lo es un resúmen que sigue (1).

(1) *Thése de la faculté de Paris*, 1849, n.° 25.

La parálisis del sesto par, puede ser esencial ó sintomática. La primera es rara, la segunda es masr frecuente. La parálisis puede depender de una lesion grave de los centros nerviosos (hemorragias, reblandecimiento, tubérculos, cáncer) ó de una lesion de los huesos, etc. En estos casos, la parálisis coesiste ordinariamente con una hemiplegia. Cualquiera por otra parte que sea la causa, la parálisis del sesto par se presenta rara vez sola; por lo comun, está complicada con alguna otra parálisis parcial, que reside especialmente en el tercero ó en el quinto par de nervios.

Como el nervio del sesto par anima al músculo abductor del ojo, cuando está atacado este músculo de parálisis, el globo ocular es arrastrado con fuerza hácia adentro por el abductor, el cual no tiene ya antagonista. La córnea puede en este movimiento desaparecer casi enteramente en el ángulo mayor. El ojo queda en esta posicion, sin que pueda reconducirlo hácia afuera ningun esfuerzo del enfermo. El desvío del ojo, tiene por efecto constante determinar varios trastornos de la vision, particularmente ambliopia y sobre todo diplopia.

La parálisis del tercer par, es la que con mas frecuencia complica la del motor ocular esterno. En este caso, la aduccion permanente del ojo, característica de los casos simples, deja de existir; hallándose atacados de parálisis todos los músculos rectos, el ojo no puede moverse en ningun sentido; hay al mismo tiempo precedencia del párpado superior, dilatacion é inmobilidad de la pupila, y por último, ligera exoftalmía, porque dejando los músculos rectos de arrastrar hácia atrás el ojo, este órgano se dirige un poco hacia adelante por la accion de los músculos oblicuos. En estos casos no hay comunmente diplopia á no ser que se altere la direccion de los ejes visuales.

La parálisis del sesto par, se presenta en general súbitamente. Hasta en los casos en que no guarda relacion con ninguna lesion material, cede con lentitud y raras veces se cura antes de los tres meses.

Podria confundirse con el estravismo convergente; pero en este, el enfermo puede mover el ojo desviado, y dirigirlo hácia un objeto, con tal que cierre de antemano el ojo sano. En la parálisis, al contrario, el ojo permanece constantemente en su posicion viciosa. Menos fácil es establecer el diagnóstico de la parálisis del sesto par, para distinguirla de la contraccion del músculo recto interno, sin embargo, en este caso, el ojo puede aun por intervalos ser llevado ligeramente hácia fuera, pero si la retraccion muscular es real, si hay encogimiento permanente, la abduccion, no es ya posible, y los ligeros movimientos de elevacion y de abatimiento hácia la bóveda ó el suelo de la órbita, que existian aun en la parálisis del músculo abductor, quedan completamente suprimidos (Badin de Hurtebise).

Se aplicarán al tratamiento de esta parálisis los medios que luego aconsejaremos en las análogas, es decir, las fricciones estimulantes, los vejigatorios volantes, la estrignina y la electricidad. Si la enfermedad se resiste, se someterá con prudencia á los enfermos á un tratamiento antisifilítico.

DE LA PARÁLISIS DEL NERVIO DEL SÉPTIMO PAR.

Historia.—No cabe duda en que los antiguos observarian casos de parálisis facial; pero como estaban poco versados en las investigaciones anatómicas y fisiológicas, no supieron asignar á la enfermedad su verdadero sitio, ni descubrir su naturaleza. Hasta que C. Bell publicó sus inmortales investigaciones, nadie habia fijado la atencion en la parálisis idiopática de la cara. Apenas el doctor Genest dió á conocer en Francia los trabajos del ilustre fisiólogo inglés, cuando M. Descot publicó en su tesis (1825) algunos hechos patológicos recogidos por él, ó tomados de diversos autores, que daban ya una idea bastante completa de la enfermedad. A poco tiempo (1830) publicó M. Pichonniere nuevas observaciones; pero el doctor Montault cuya pérdida, tanto sentimos, fue el que, reuniendo todos los hechos conocidos, en número de sesenta, poco mas ó menos compuso su tesis (1831) sobre la parálisis del séptimo par, que fue el primer trabajo algo completo que vió la luz pública. Posteriormente M. Bottu, en su tesis (1835), y despues M. Jobert, en sus *Etudes sur le systéme nerveux*, añadieron nuevos hechos á los ya conocidos. Por último, P. Dubois ha encontrado la misma enfermedad en los recien-nacidos, á consecuencia de la aplicacion del forceps. Sobre hechos recogidos en su mayor parte en la clínica de este catedrático célebre, compuso M. Landouzy su tesis inaugural (1839). Pero el trabajo mas completo, la descripcion mas notable que tenemos de la enfermedad, es debida á otro catedrático M. Bérard, mayor, que ha escrito acerca de la parálisis facial un artículo inserto en el tomo XII del *Dictionnaire de médecine*, y que puede citarse como un modelo de descripcion y de observacion concienzuda.

Síntomas.—Muchas veces empieza de repente la enfermedad; otras, por el contrario, se declara progresivamente. Puede existir algun tiempo sin que lo sepan los enfermos: y muchos lo ignoran hasta que alguien les advierte que tienen la cara torcida; otros lo conocen cuando, hallándose delante de un espejo, se ponen á hablar ó á reir, ó hacen algun movimiento como cuando se afeitan. Estos individuos reconocen la afeccion de que se hallan atacados en que un lado de su cara carece completamente de espresion, y se halla como arrastrado al lado opuesto apenas quieren hablar ó reir. Otros no se aperciben de su enfermedad hasta que notan que no pueden silbar ni cerrar un párpado; etc. Generalmente no sienten incomodidad, cefalalgia, ni dolor; pero algunas veces está sensible, dolorida y un poco hinchada la region parotidea; hay una especie de flusion, y en algunos enfermos un ligero movimiento febril; pero estos casos son puramente escepcionales.

Cuando es completa la parálisis facial, están mas ó menos afectados todos los músculos que reciben ramos del séptimo par; asi es que, dejando de contraerse el músculo superciliar y la parte anterior del occipito-frontal, se nota que está la ceja mas baja que la del lado opuesto y mas inclinada á la línea media. La mitad correspondiente de la frente no puede arrugarse. Hallándose paralizado el músculo orbicular del párpado, no puede contrarestar la accion

del elevador del párpado superior y de los músculos oblicuos, y no puede el enfermo cerrar el ojo y parece que este órgano forma una prominencia mayor. Los párpados volviéndose ligeramente hácia afuera, ya en su totalidad, ya en parte, á consecuencia de la parálisis de algunas de sus fibras llamadas *músculo de Horner*, dan lugar á que los puntos lagrimales, especialmente el inferior, se desvien de su direccion normal, y las lágrimas, dejando entonces de ser absorbidas, se derramen por la mejilla. Esta epífora, como dice M. Bérard, depende ademas en parte de la falta de accion del músculo orbicular, que, privado de su accion contractil, no esparce con uniformidad las lágrimas por toda la superficie del ojo. Como no pueden los enfermos cubrir este órgano con los párpados, durante el sueño, no logran defenderse de la luz sino ejecutando con el ojo un movimiento de rotacion hácia arriba, y llegan á esconder debajo de la bóveda orbitaria parte ó la totalidad de la córnea. Se comprende fácilmente que la conjuntiva, en contacto continuo con la luz y á consecuencia de la distribucion irregular de lágrimas en su superficie, al fin y al cabo se inflame. Con frecuencia hasta la misma córnea se oscurece. Como todos los músculos que mueven la nariz participan de la parálisis general de la mitad de la cara, se nota que la ventana de un lado, privada de movimiento, no puede dilatarse durante las inspiraciones. Tampoco puede el enfermo fruncir la piel de la mitad correspondiente de la nariz, y muchas veces la punta de este órgano está muy inclinada al lado sano, disposicion que se observa principalmente cuando se rie el sugeto. Los labios y los carrillos, como que reciben numerosos filamentos del nervio facial, tienen que sufrir tambien algun trastorno en sus funciones. Asi es que se observa, como consecuencia de la parálisis de los labios, segun dice M. Bérard, que se escapan de la boca los alimentos y las bebidas por el lado paralizado; es muy difícil la pronunciacion de las vocales, como la *ó*, que exigen la intervencion de los labios, y las consonantes labiales, como *b* y *p*, se articulan mal; no pudiendo los labios aproximarse mas que por un lado, no pueden tampoco los enfermos arrojar los esputos ni silbar. Paralizado el músculo bucinador, está el carrillo flojo y se infla en el momento de la espiracion, y mas principalmente cuando quiere el enfermo pronunciar una palabra con énfasis (Bérard); otras veces, dice este autor, la corriente de aire determina en los labios y en el carrillo un fenómeno análogo al que se observa en los individuos que fuman. En los movimientos de masticacion se interpone á veces este carrillo flojo entre los arcos dentarios, y sufre mordiscos. Finalmente, la falta de actividad del bucinador esplica por qué durante la comida se acumulan los alimentos entre el carrillo y los arcos dentarios, de modo que se ven precisados los enfermos á sacarlos con los dedos, á no ser que tengan la precaucion de sostener el carrillo y de comprimirle con la mano durante la masticacion.

M. Bérard y algunos otros médicos han observado, en varios casos de parálisis facial, una desviacion de la lengua hácia el mismo lado que todas las demás partes blandas de la cara, y el primero la atribuye al filamento que da el facial al estilo gloso. Tambien se ha visto, aunque pocas veces, una desviacion de la campanilla. M. Longet, que ha referido un hecho de esta especie además de los citados por MM. Montault, Dyday y Cruveilhier, cree que solo puede desviarse la campanilla cuando la causa paralizadora existe desde el orígen del facial, ó en el trayecto que recorre este hasta la abertura de Falopio. Conviene

sin embargo notar aquí, que segun una observacion de M. Debrou, hay individuos cuya úvula ó campanilla se halla naturalmente desviada.

Desde luego se concibe que la parálisis de tantos músculos debe producir modificaciones muy importantes en la espresion de la cara. En efecto, examinada esta en estado de reposo, se observa, como lo ha notado M. Bérard, una falta de simetría entre los dos lados; el paralizado está estendido, parece mayor y mas saliente; lo mismo que el ojo mas prominente; el carrillo está como desmazalado; el ángulo de los labios mas bajo; todas las facciones están inclinadas hácia el lado sano, y esta disposicion se hace mas evidente cuando el enfermo habla, y principalmente cuando rie ó hace gestos.

Los dos nervios faciales pueden en algunos casos muy raros ser atacados simultáneamente. M. James hace mencion de un caso de esta naturaleza en su tesis (año 1840), y esta parálisis ha sido mas adelante estudiada de una manera completa por el doctor Davaine (1). Cuando los dos nervios del séptimo par se hallan simultáneamente afectados de parálisis, la cara conserva su regularidad, las facciones no se hallan entonces torcidas, pero están inmóviles. El enfermo no puede espresar sino por la alteracion del color de su tez, sus impresiones interiores; la frente no se frunce; las cejas caen; los ojos sumamente abiertos parecen mayores; hay epífora; las ventanas de la nariz se encogen, y durante las fuertes inspiraciones se cierran completamente por la aproximacion de los cartílagos; la parálisis de los labios vuelve el habla difícil, la esputacion imposible, y á cada movimiento respiratorio estas partes entran ó salen bajo la direccion de la corriente de aire como lo harian dos velos móviles. Ademas los labios inertes y caidos no pueden retener la saliva que fluye sin cesar involuntariamente; los enfermos no pueden pronunciar las vocales *ó* y *ú*, ni articular las consonantes labiales. La voz es gangosa, la succion imposible, la deglucion difícil, el velo del paladar está simétrico, pero no se levanta. La lengua no puede fácilmente salir de la boca, ni inclinarse su punta hácia arriba; la facultad de percibir los olores y los sabores está disminuida. Es muy raro, sin embargo, segun observa M. Davaine, que se presente una parálisis tan completa. Por lo comun es menos general.

Casi siempre está intacta la sensibilidad en el lado paralizado; á veces, sin embargo, es un poco obtusa. Es, pues, necesario admitir en este caso, que la causa que ha paralizado el nervio del séptimo par, ha obrado igualmente sobre el del quinto. Pero no es raro en la afeccion de que nos ocupamos observar mas ó menos alterada la sensibilidad especial. Asi es que se ha observado en algunos casos una disminucion completa del olfáto, del oido y del gusto, accidentes á cuya produccion el nervio facial no contribuye mas que indirectamente. Si en la parálisis del séptimo par la facultad olfatoria se halla disminuida ó abolida, débese á que con motivo de la parálisis de las ventanas, no esperimentan estas el cerramiento que hace no solo que la corriente del aire se acelere durante la inspiracion, sino que se dirija hácia arriba para alcanzar el sitio en que la funcion olfatoria se verifica. La obtusion del sentido del gusto que se observa en algunas parálisis faciales, se esplica, segun el catedrático Bérard, por la union de la cuerda del tambor con el nervio lingual. El doctor Bérard, que cree que este hecho es mas comun de lo que se supone, ha sentado (*Archives* de 1844)

(1) *Gazette médicale*, 1852.

que se observará siempre que la causa paralizadora tenga su asiento en el oido medio, es decir, á suficiente altura, en la porcion que corre por dentro del peñasco, para destruir las funciones de las cuerdas del tambor. Por último, seria muy posible, como supone M. Longet, que el gusto fuese menos perfecto en ciertos casos, con motivo de salir la saliva por el ángulo paralizado, lo que puede ocasionar cierta sequedad en la boca que, efectivamente, favorece poco la percepcion de los sabores.

La alteracion del oido en ciertos casos de parálisis puede verificarse de dos modos. Ya hay una disminucion en la facultad de percibir los sonidos, ya producen estos una exaltacion del oido que llega á ser hasta dolorosa. M. Longet cree que cuando hay obtusion de oido en el lado paralizado, se debe á que la causa morbosa ha suspendido á la vez la accion del nervio acústico y la del facial. Este distinguido fisiólogo, fundándose particularmente en una observacion que hizo en sí mismo el catedrático Roux, habia establecido en sus estudios sobre el sistema nervioso la posibilidad de la exaltacion del oido en las parálisis del nervio facial en su orígen; pero este hecho curioso ha sido principalmente puesto en evidencia por el doctor Landouzy, cuyo trabajo basado sobre ocho observaciones particulares, se insertó en 1850 en la *Union médicale*. Cuando existe este síntoma, que está muy lejos de ser tan constante como Landouzy supone, los enfermos se hallan dolorosamente impresionados por los ruidos ordinarios ó por los sonidos algo fuertes. Eso sin embargo, apenas sucede mas que al principio de la enfermedad. Mas adelante, para probar el esceso de sensibilidad, es menester impresionar el oido por medio de un ruido violento, como la detonacion de una pistola ó al menos el chasquido de un piston. M. Landouzy atribuye como M. Longet este fenómeno á la parálisis de uno ó dos filamentos procedentes del ganglio óptico al cual el facial envia una rama. Estos filamentos pasan al músculo interno del martillo, que es el músculo tensor de la membrana del tambor, de lo que resulta una relajacion de esta, y de consiguiente, como lo ha probado Savart, resultan tambien vibraciones mas estensas y mas fuertes, que esplican la mayor exaltacion del oido (1).

En la hemiplegia facial no hay en general cefalalgia. Las funciones digestivas gozan de toda su actividad, y como no haya alguna complicacion, los enfermos no tienen calentura.

Curso, duracion y terminaciones.—La parálisis facial, como he dicho, empieza generalmente de pronto, pero tarda mucho en disiparse: su duracion, que rara vez baja de dos septenarios, suele estenderse á un mes, seis semanas y aun mucho mas. La que no depende de ninguna alteracion material del nervio ó de las partes inmediatas, se cura casi siempre. Hay casos en que se resiste á todos los medios que se emplean contra ella, de lo que puede resultar, como Bell lo ha visto una vez, una notable atrofia de todos los músculos paralizados. Este resultado es sin embargo muy raro. En ningun caso compromete la existencia de los enfermos. Se comprende, sin embargo, que no podemos decir lo mismo de la parálisis completa de los dos nervios del séptimo par, en la cual la nutricion puede esperimentar un ataque muy grave de la imperfeccion de las

(1) En una discusion en la Academia de medicina (sesion del 28 de enero de 1851), Bérard hizo observar que la teoría adoptada por Landouzy estaba espuesta á caer por el hecho muy probable de que el nervio destinado al músculo interno del martillo procede del quinto y no del sétimo par.

digestiones, debida á la pérdida de saliva y á que los alimentos acumulándose entre las mejillas y los arcos alveolares no pueden mascarse bien ni impregnarse debidamente de saliva. La hemiplegia facial de los recien-nacidos siempre desaparece espontáneamente y dura menos que en el adulto; algunas veces cede á las pocas horas, y casi nunca dura mas de seis semanas ó dos meses.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la parálisis facial no presenta dificultad alguna, y parece imposible que se haya confundido con la neuralgia facial. Cuando es incompleta la parálisis, pudiera pasar desapercibida sino hiciésemos á los enfermos reir, silbar y hacer gestos. Esto suele suceder con mucha frecuencia en los recien-nacidos que, afectados de hemiplegia facial á consecuencia de la aplicacion del fórceps, no presentan generalmente en el estado de reposo ninguna desviacion de las facciones, al paso que es muy manifiesta la deformidad en cuanto gritan ó lloran, en tal caso presentan los niños la misma fisonomía que hemos notado en el adulto.

La única parte del diagnóstico que suele ofrecer alguna dificultad, es determinar si la hemiplegia facial depende de una lesion del nervio ó de una afeccion cerebral, sobre todo de una hemorragia ó reblandecimiento. Pero en esta última, casi nunca está limitada la parálisis á la cara, sino que invade simultáneamente alguna otra parte del cuerpo. Asi es que hay torpeza en la lengua, debilidad en los miembros de una mitad del cuerpo, y algunas veces tambien alguna alteracion de las facultades intelectuales. En la duda podriamos interrogar á la contractilidad electro-muscular que se halla disminuida en los músculos paralizados en los casos de parálisis del séptimo par, al paso que esta propiedad permanece incóluma en la hemiplegia de causa cerebral. Tambien habrá que averiguar si la parálisis es esencial ó sintomática de alguna alteracion del nervio: mas la naturaleza de las causas, las circunstancias que han precedido, y sobre todo el curso y modo de invasion de la enfermedad, nos permitirán resolver el problema. En efecto, cuando sobreviene la parálisis facial á consecuencia de un enfriamiento, cuando se declara de repente, deberá suponerse que no hay alteracion en la estructura del nervio; pero cuando es progresiva y resiste á todos los medios racionales, deberá sospecharse alguna alteracion profunda. La parálisis facial, precedida de otorrea, casi siempre depende de una enfermedad del peñasco, ó de la presencia de un tubérculo en el oido, como sucedió en un caso que publicamos hace quince años, en la *Presse médicale.*

Pronóstico.—La hemiplegia facial simple no es grave, y siempre hemos visto que se ha curado; M. Berad ha observado lo mismo. Algunos han pretendido que tardaba mas en curarse la enfermedad en el lado izquierdo que en el derecho; pero semejante opinion no cuenta todavía en su apoyo suficiente número de hechos. Al contrario, parece cierto que cede mas difícilmente en los sugetos de edad avanzada, en la cual persiste con frecuencia de una manera indefinida. Pero es posible que en estos casos la parálisis se refiere á una lesion material de los centros nerviosos. Pequeños focos apoplécticos pueden efectivamente no producir mas que una hemiplegia facial, como recientemente lo dejó establecido el doctor Duplay en la *Union médicale* (año 1854). Inútil es insistir en probar que la parálisis doble, es mas funesta que la que solo afecta uno de los dos nervios.

Etiología.—Puede depender la parálisis facial de la compresion, de la atrofia y de la destruccion del nervio por un tumor óseo, etc.; ó bien de que se haya interesado el nervio facial en una herida ó en la estirpacion de algun tumor de la region parotidea. A veces han producido el mismo efecto una contusion en la cara ó una presion fuerte, y asi es como se esplica la hemiplegia facial observada muchas veces por Dubois á consecuencia de la aplicacion del fórceps. Pero todos estos casos son poco numerosos.

En el mayor número de ellos es esencial la hemiplegia facial, y no se refiere á ninguna lesion apreciable del nervio del séptimo par. Esta parálisis, rara antes de la pubertad, se observa principalmente de los veinte á los cuarenta años: es mas comun en los hombres que en las mujeres, y se presenta con igual frecuencia en ambos lados (Montault). A veces invade sucesivamente las dos mitades de la cara, pero casi nunca las ocupa simultáneamente. Una violenta conmocion moral, el terror y la cólera, pueden producirla; pero en el mayor número de casos reconoce por causa la impresion de un aire frio y húmedo en el carrillo. Algunos suponen que en este último caso existe una compresion del nervio por las partes blandas á las inmediaciones del agujero estilo-mastoideo, ó por el periostio en el conducto huesoso que recorre; pero nada hasta ahora justifica esta opinion.

Tratamiento.—Suponiendo que ha podido verificarse un movimiento fluxionario en la continuidad del nervio, se ha aconsejado empezar el tratamiento contra la parálisis facial debida á la impresion del frio, ó al terror, por una sangría de brazo, ó por la aplicacion de algunas sanguijuelas al ano, y de revulsivos á las estremidades y al tubo digestivo. Nunca hemos visto que semejante práctica produzca resultados ventajosos, y esto no es de estrañar, pues no se funda en ningun dato seguro, sino en la idea de un estado morboso que nadie ha visto y que probablemente no existe. Por lo mismo creemos que en tales casos no debe recurrirse á las emisiones sanguíneas á no haber una indicacion positiva.

Los únicos medios que nos merecen confianza son, en primer lugar, los revulsivos cutáneos, tales como las fricciones con un linimento amoniacal, con el aceite de crotontiglio, el de cayepu, ó el bálsamo de opodeldoc. Si fuesen inútiles, se aplicará un vejigatorio delante del conducto auditivo, y se curará con estriquina. En estos casos es en los que recomienda tanto M. Jobert la cauterizacion transcurrente, medio violento, muy alarmante para los enfermos, y que por lo mismo solo debe emplearse en último recurso.

Uno de los medios de tratamiento que mejores resultados ha dado, es la electro-puntura. M. Magendie la empla con mucha frecuencia del mismo modo que en los casos de neuralgia. Es preferible, sin embargo, emplear la electrizacion localizada.

Ya hemos dicho que la hemiplegia facial de los recien-nacidos desaparece casi siempre espontáneamente y á beneficio de cuidados puramente higiénicos.

Si es sintomática, habrá que combatir la lesion que la ha producido y la sostiene.

DE LA PARÁLISIS DEL MÚSCULO GRAN SERRATO.

No es raro encontrar parálisis limitadas á un solo músculo, y muchas veces se ha visto que no podian contraerse el gran pectoral, el recto anterior del muslo y el deltoides, y que de consiguiente eran nulos los movimientos de que están encargados. Todavía no tenemos hechos para trazar la historia de esta especie de parálisis: sin embargo, llamaremos un momento la atencion del lector sobre una parálisis local que de algunos años á esta parte ha fijado la de muchos observadores; tal es la parálisis del gran serrato, acerca de la cual han publicado observaciones muy importantes Gendrin, Marchesseaux, Velpeau, Desnos, y especialmente Jobert (de Lamballe), las cuales se han insertado en la *Gazette des hôpitaux* (año 1845). Con motivo de algunos hechos, se encontrarán tambien en el mismo periódico algunos datos interesantes debidos á un autor anónimo.

Lo que primero llama la atencion en está parálisis es la desviacion que esperimenta la escápula, que continuando aplicada á la pared del tórax por la contraccion simultánea del gran serrato y del romboideo, forma debajo del tegumento una eminencia mas ó menos considerable producida por el borde espinal y por el ángulo inferior. Efectivamente, tirado el omóplato hácia dentro y arriba por el romboideo, hácia arriba por el angular, hácia abajo por el pequeño pectoral y por el peso del brazo, esperimenta un movimiento de rotacion tal, que el borde interno se vuelve oblicuo de abajo arriba y de dentro afuera; el ángulo inferior, como ya tira de él hácia abajo y adelante la porcion inferior del serrato, forma debajo del tegumento una eminencia de algunas pulgadas, está mas inmediato al ráquis, y corresponde á veces á la quinta vértebra dorsal, mientras que el del lado opuesto puede hallarse al nivel de la séptima; finalmente, el ángulo esterno ó muñon del hombro está mas bajo. Tienen los enfermos mas ó menos libertad en los movimientos del brazo y del hombro, pero no pueden ejecutar ninguno de los que exigen la intervencion del gran serrato, como la abduccion de la escápula, la elevacion del hombro y el movimiento de rotacion del omóplato sobre su eje.

Es fácil el diagnóstico de esta enfermedad. No puede atribuirse la deformidad á una desviacion del ráquis, porque palpando las apófisis espinosas se ve que están en su línea natural. Tampoco podrá suponerse que hay una salida de las costillas ó un tumor cualquiera, pues basta introducir profundamente la mano por debajo del omóplato para convencerse de lo contrario. Finalmente, se disipa cualquiera duda que pudiera haber, con la posibilidad de hacer desaparecer la deformidad comunicando ciertos movimientos al miembro.

Estas parálisis sobrevienen unas veces de repente y otras poco á poco. Tambien se presentan precedidas de dolores reumáticos en el músculo, y en otras circunstancias el primer síntoma que llama la atencion es la debilidad progresiva de este.

Sea completa, sea incompleta la parálisis del gran serrato, siempre es una afeccion rebelde y á veces incurable.

En varios casos parece que ha sucedido esta enfermedad á una afeccion reu-

mática del músculo, ó sido producida por la accion de la humedad. En algunas ocasiones, como lo prueban dos hechos citados por MM. Velpeau y Jobert, ha sido consecutiva á una contusion ó dislaceracion del nervio torácico posterior, ó respiratorio de C. Bell, que como es sabido, se distribuye del todo en el gran serrato. La analogía induce á creer, que cualquiera que sea la causa que haya obrado, ha debido ejercer su influencia, no tanto sobre la fibra muscular, como sobre el nervio que preside á su contraccion. Comunmente está limitada la afeccion á uno solo de los serratos. Sin embargo, pueden afectarse los dos simultánea ó sucesivamente, como lo han observado MM. Briquet y Jobert en 1845.

Los principales medios empleados contra las parálisis musculares, y especialmente contra la del gran serrato, son: cuando hay dolores fuertes, las aplicaciones de sanguijuelas ó de ventosas, y despues los revulsivos, como las fricciones estimulantes con el amoniaco, el aceite de crotontiglio y la pomada estibiada, los baños de vapor simples, aromáticos ó sulfurosos, y los vejigatorios que pueden curarse con la estrignina. En los casos mas rebeldes se recurrirá á la electricidad, á la electro-puntura, á la cauterizacion trascurrente, y por último á la aplicacion de uno ó mas cauterios ó moxas.

DE LA PARÁLISIS DEL VELO DEL PALADAR.

Dicho tenemos, que segun una observacion del catedrático Bérard, las anginas pueden dar por resultado una parálisis del velo del paladar. MM. Tronseau y Lasségne, é igualmente el doctor Morisseau, médico en la Féche (1) y M. Maingault (2), han llamado recientemente la atencion sobre este accidente mucho mas incómodo que grave.

La parálisis del velo del paladar sobreviene casi siempre, lo mismo en el niño que en el adulto, despues de una flegmasia ya simple, ya lardaceo de la faringe. La parálisis se caracteriza algunos dias despues de haber desaparecido la inflamacion. La voz gangosa es el primer síntoma, y la deglucion se hace difícil. Cuando el enfermo quiere tragar, las bebidas salen en parte por las fosas nasales, y ni puede soplar, ni chupar, ni gargarizar. Si se examina entonces el estado de la cámara posterior de la boca, se ve que el velo del paladar está caido y casi inmóvil á todas las escitaciones. Se le puede punzar sin causarle dolor, pero permanece sensible al galvanismo, de suerte, que dirigiéndole una corriente eléctrica se agita y contrae de una manera manifiesta.

Nada sabemos de positivo acerca del curso y duracion de esta enfermedad, que en la mayor parte de los casos conocidos termina por la curacion en el espacio de algunos dias ó cuando mas algunas semanas.

Se aconseja despertar la contractilidad del velo del paladar tocándole con un pincel mojado en una solucion del nitrato de plata, ó bien de amoniaco ó ácido clorhídrico debilitado. En los casos rebeldes recúrrase, siguiendo el ejemplo de Morisseau, al galvanismo.

(1) *Union médicale*, 1841, n. 119 y 126.
(2) *These de Paris*, 1854, n.° 194.

DE LA PARÁLISIS DEL DIAFRAGMA.

En una comunicacion que M. Duchenne de Bolonia pasó en 1853 á la Academia de Ciencias, resume como sigue los signos con que puede reconocerse la parálisis del diafragma.

Durante la inspiracion, los hipocondrios y el epigastrio se hallan *deprimidos*, al paso que el pecho se *dilata*; durante la espiracion los movimientos del pecho y del abdómen se verifican en un sentido opuesto, es decir, que el abdómen se *levanta* cuando el pecho se deprime. Parece que el enfermo aspira sus vísceras abdominales cuando la inspiracion produce la dilatacion del pecho, y esto tanto mas cuanto el tórax se ensancha, de lo que depende una respiracion corta é insuficiente para las necesidades de la fonacion, y la imposibilidad de aspirar libremente, de suspirar, etc., sin sentirse ahogado á consecuencia de la ascension de las vísceras.

Ha hecho observar M. Duchenne que la parálisis del diafragma no es, como se cree generalmente, una afeccion mortal por sí misma, pues el tórax se dilata aun lo suficiente para las necesidades de la hematosis. Pero si sobreviene una bronquitis, puede la dificultad de espectorar producir la asfixia.

Dice Duchenne que el mejor tratamiento que puede oponerse á la parálisis del diafragma, es la electrizacion localizada de este músculo por el intermedio de los nervios frénicos.

DE LA PARÁLISIS DEL ESÓFAGO.

Rara vez es idiopática la parálisis del esófago; comunmente es sintomática de una afeccion cerebral, ó bien coincide con cierto estado general grave, como el que se observa en algunas fiebres continuas.

Puede sobrevenir la parálisis de repente, estando comiendo, ó por lo menos percibirla entonces los enfermos. Puede ser incompleta ó completa. En el primer caso pasan todavía los alimentos, aunque con mucho trabajo, y suele observarse que se tragan mejor los sólidos que los líquidos, lo cual no es estraño, pues se concibe bien que la faringe y el esófago se contraigan mejor en contacto con una masa sólida que les suministra una especie de punto de apoyo. Cuando es completa la parálisis deteniéndose los alimentos en la parte superior del esófago, ocasionan una sofocacion, con tanto mas motivo, cuanto que suelen introducirse algunas porciones en las vías aéreas. Resulta, pues, que sea cual fuere la causa, la parálisis del esófago es una afeccion sumamente grave.

Siendo sintomática, su curso y duracion están subordinados á los de las enfermedades de que depende: si es idiopática, tiene un curso continuo y una duracion larga é indeterminada.

Se emplean contra esta parálisis las fricciones escitantes ó irritantes y los vejigatorios alrededor del cuello, curándolos con una quinta ó cuarta parte de grano y hasta medio grano de estricnina; ó bien se administrará interiormente esta sustancia, pero á dosis mucho mas pequeñas. En casos muy rebeldes podrá recurrirse á la electricidad.

En la parálisis completa se usará de una sonda para introducir en el estómago los alimentos sólidos y líquidos.

DE LA PARÁLISIS DE LA VEJIGA.

Se dice que la vejiga está paralizada cuando deja de poder contraerse para espulsar la orina que se acumula en su cavidad.

Anatomía patológica.—En los individuos que sucumben con una parálisis de la vejiga, se encuentra este reservorio mas ó menos distendido por la orina. Puede no sobresalir del estrecho superior mas que algunos traveses de dedo ó remontarse mas ó menos en el vientre, hasta el apéndice xifóides del esternon, como Hunter lo ha señalado. Algunos ejemplos citados por Frank y Haller, prueban que la cantidad de líquido puede esceder de 12 y hasta de 20 libras.

Cuando la vejiga ha esperimentado una ampliacion considerable, se adelgazan mas o menos sus paredes, ó conservan su grosor normal. Pueden tambien presentarse en los órganos génito-urinarios lesiones diversas, de las cuales las unas han precedido á la parálisis vesical y tal vez la han provocado, al paso que otras han sido el resultado, la consecuencia de la retencion de orina. Citaremos, entre las primeras, las estrecheces uretrales, la hipertrofia general ó parcial de la protasta; entre las segundas, la dilatacion de los uréteres, y algunas veces la de las mismas pelvis, como tambien lesiones inflamatorias de la region renal mas ó menos graves.

Síntomas y curso.—La parálisis de la vejiga se presenta algunas veces de improviso, siendo esto lo que sucede especialmente cuando es sintomática de una lesion de los centros nerviosos, ó cuando se declara en el curso de afecciones graves de la economía. Cuando es esencial la parálisis, su invasion es gradual y lenta. La vejiga, cada dia menos contráctil, se desprende con trabajo é incompletamente de la orina; los enfermos necesitan para espeler el líquido grandes esfuerzos y contraer los músculos abdominales y el diafragma. A pesar de sus esfuerzos, no lo pueden echar lejos, la orina, en vez de formar un arco, cae entre los muslos y las últimas gotas que llegan al canal salen involuntariamente y mojan los vestidos. Estas dificultades en la escrecion de la orina son sin cesar mayores; la cantidad espelida va diariamente disminuyendo, y llega al cabo un momento en que la vejiga, habiendo perdido todo resorte, acarrea una retencion completa.

Cada vez mas distendida por la orina, la vejiga se eleva entonces encima del pubis, sube con frecuencia hasta el ombligo, y algunas veces hasta la parte superior del vientre. Forma en la línea mediana un tumor globuloso, superficial, cuyos contornos se delinean por en medio de la pared abdominal, pero que se sienten y circunscriben fácilmente cuando se deprime la pared del vientre con la palma de la mano. La presion ejercida sobre el tumor es casi siempre incómoda y hasta algo dolorosa, provoca algunas veces ganas de orinar, y puede determinar la espulsion de algunas gotas de orina. El sonido de este tumor es muy macizo, esceptuando sus contornos, en que la proximidad de los intestinos hace percibir ordinariamente un sonido de humores. El tumor vesical pro-

duce generalmente al tocarlo una sensacion de resistencia, y es el sitio de fluctuacion evidente.

La distension de la vejiga por la orina determina un sentimiento de peso y estorbo en el vientre, y algunos enfermos acusan dolores bastante vivos. La escrecion de materias fecales y gases puede ser mas ó menos difícil en razon de la compresion ejercida en el recto. Bajo la influencia de algunos esfuerzos y á veces espontáneamente, se ve fluir cierta cantidad de orina á que sucede un alivio mas ó menos prolongado. Dícese entonces que los enfermos orinan *por regurgitacion*. En este caso la vejiga se desprende solamente de lo que *escede á su cavidad*, de lo que de ella rebosa, como sucederia con un vaso inerte que tuviese dos aberturas, y que recibiendo un esceso de líquido despues de estar lleno, lo perderia inmediatamente.

Pero la orina no puede permanecer indefinidamente en la vejiga sin menoscabo de esta, y luego de la economía entera. Asi es que haciéndose amoniacal y adquiriendo propiedades mas irritantes, puede producir una cistitis ó un catarro vesical. Hemos dicho tambien que el liquido refluyendo algunas veces hasta los uréteres y los mismos riñones, podia determinar en estos lesiones graves. Tales efectos, sin embargo, son muy poco comunes en la parálisis simple, y apenas se encuentran mas que en las retenciones de orina que son sintomáticas de obstáculos materiales que se oponen á la escrecion del líquido. Otro tanto decimos de los fenómenos que se refieren generalmente á la reabsorcion del líquido urinario, tales como la calentura, la aridez de la piel, la negrura de la boca, la diarrea, el delirio, el coma, la fetidez y olor á orina de las secreciones, accidentes graves que sobrevienen en el caso de ser completa la retencion de la orina y de prolongarse algun tiempo, ya sea que no se pueda dar salida al líquido, ya que orinando el enfermo por regurgitacion, sea desconocida la verdadera causa de los accidentes.

Duracion y terminaciones.—La parálisis de la vejiga tiene una duracion variable. Puede ser pasagera, cesar casi tan pronto como ha venido cuando es efecto de una simple fatiga, de una distension violenta del órgano, ó cuando es uno de los numerosos accidentes de la afeccion histérica. Al contrario, persiste indefinidamente y es ordinariamente incurable cuando su invasion ha sido oscura, su curso lento, y ataca á individuos de edad avanzada. La parálisis que es sintomática de una enfermedad de los centros nerviosos ó que sobreviene en el curso de un estado general grave cesa comunmente con las enfermedades que la han provocado.

Diagnóstico.—La parálisis puede desconocerse por algun tiempo cuando los individuos orinan por regurgitacion; pero basta tocar el vientre para que el sitio y la configuracion del tumor que ocupa el hipogastrio hagan sospechar que está formado por la vejiga distendida por la orina. Sin embargo, en casos de esta naturaleza la salida formada por la vejiga se ha atribuido mas de una vez á diferente causa. Francisco Colot, por ejemplo, dice que en su tiempo varios cirujanos creyeron que tenian que habérselas con abcesos. Este es un error imperdonable, porque á un abceso difuso de las paredes abdominales, han necesariamente precedido accidentes inflamatorios; la fluctuacion es superficial, y hay edema en los tegumentos, al paso que el tumor vesical, poco ó nada doloroso, es globuloso y manifiestamente subyacente á la pared abdominal; la fluc-

tuacion es ademas en él oscura, y la presion que sobre él se ejerce escita el deseo de orinar, y hasta provoca algunas veces la espulsion de una pequeña cantidad de orina.

Si se recuerda hasta qué grado de distension se halla algunas veces la vejiga, sorprenderá poco saber que en semejante caso se ha podido creer en una ascitis. Sin embargo, en esta no se circunscribe ningun tumor en el hipogastrio, la fluctuacion se percibe de uno á otro lado, la eminencia varía de sitio segun la situacion del tronco, y los intestinos sobrenadan encima, al paso que la tumefaccion que se debe á la vejiga es menos difusa, se circunscribe fácilmente un tumor globuloso, la fluctuacion es limitada, se produce menos fácilmente que en la ascitis, la eminencia ó mamila no varía segun las posiciones del tronco, y los intestinos existen no solo superiormente sino que tambien á ambos lados del tumor.

Mas semejanza tiene el tumor vesical con uno formado por el útero ó sus dependencias. Los anales de la ciencia registran numerosas historias de retencion de orina que han hecho creer en un embarazo, en una hidrometría ó en un quiste ovárico. Sin embargo, en el embarazo el tumor es mucho mas duro y no fluctua; por medio de la auscultacion se puede advertir el soplo placentario y el doble latido del corazon del feto, y por último, tactando por la vagina y el recto nos es lícito afirmar que el cuerpo uterino ha aumentado de volúmen. Esta misma esploracion revelará el verdadero sitio del tumor cuando hay una hidrometría ó un quiste ovárico. Ademas, siempre que haya duda, bastará practicar el cateterismo para conocer la verdadera naturaleza de la afeccion. Si no hay mas que una parálisis de la vejiga, la sonda hará desaparecer el tumor dando salida al líquido.

Conviene tambien determinar si la retencion de la orina depende de la parálisis de la vejiga ó de algun obstáculo colocado en el canal de la uretra ó en el cuello vesical. El cateterismo aclara el diagnóstico. Si no hay mas que una parálisis de la vejiga, será fácil introducir en esta sondas mas ó menos curvas y hasta sondas rectas y voluminosas. Si la prostata se halla bastante hipertrofiada para oponerse á la escrecion urinaria, estando desviado el canal, el cateterismo ofrece dificultades, y no se llega á la vejiga sino con una sonda muy encorvada. Tocando el recto, se descubrirá entonces el grado de entumecimiento de la prostata, y la manera de salir la orina por la sonda servirá para precisar el diagnóstico. Si no hay en efecto mas que un obstáculo en el cuello, la vejiga, gozando de su contractilidad, espelerá en un chorro bastante grueso y continuo hasta la última gota de orina que contenga. Por lo contrario, si el reservorio urinario se hallase paralizado, la orina no fluiria sino como babeando, muy lentamente, y no se llegaria á vaciarla del todo sino por medio de presiones en el hipogastrio.

Es, por último, importante saber que en la mujer debemos tener mucho cuidado para no atribuir á una parálisis de la vejiga una retencion de orina producida por la compresion que ejerzan en el cuello de la vejiga un tumor accidental ó el útero desviado. En tal caso el tactar aclarará el diagnóstico.

Pronóstico.—La parálisis vesical que sobreviene súbitamente en una mujer histérica, ó en el curso de una afeccion general grave, ó bien despues de una fatiga del órgano ó de una distension forzada de sus paredes, cede casi siempre

con prontitud; pero no asi cuando la parálisis se declara lentamente y afecta á individuos de edad avanzada. En estos casos la afeccion es por lo comun incurable; constituye una verdadera enfermedad, muy incómoda sin duda, pero que compromete rara vez la existencia, y no se opone á la longevidad de los sugetos.

Causas.—La parálisis de la vejiga es con frecuencia sintomática de lesiones graves de los centros nerviosos, especialmente de la médula; otras veces sucede á una fatiga del órgano, á una distension de sus paredes, como le aconteció á un labriego de que habla Paré, el cual conduciendo á una jóven en la grupa de su cabalgadura y teniendo gana de orinar, no se atrevió á apearse por un sentimiento de pudor, y se halló despues en la imposibilidad de verificarlo. Algunas personas sin embargo consideran estos hechos mas bien como hijos de la fatiga del órgano que como parálisis verdadera, y lo que parece confirmarlo es la rapidez con que en el mayor número de casos el accidente se disipa.

La parálisis esencial ha sido considerada casi como esclusiva de los viejos, y el desarrollo en ellos se ha esplicado por la debilidad que la edad produce en la contractilidad de la fibra muscular. Se ha pretendido que los individuos linfáticos y repletos, que las gentes de gabinete estaban á ella mas espuesto que otros; pero semejantes aserciones requieren pruebas. En estos últimos tiempos hasta se ha puesto en duda que la parálisis fuese comun en los viejos. M. Mercier, por ejemplo, opina que los casos de retencion de orina que se atribuyen á una parálisis vesical, son mas bien ejemplos de retencion á consecuencia del desarrollo anormal de la próstata. Eso esplica, segun M. Mercier, cómo esta especie de retencion se nota casi esclusivamente en los viejos, y cómo la mujer cuyo cuello vesical está desprovisto de próstata, no se halla casi nunca atacada de la enfermedad de que nos ocupamos (1). Hay en verdad algo de exageracion en esta doctrina; no obstante, fuerza es reconocer que la verdadera parálisis de la vejiga es mucho menos comun que lo que decia M. Boyer.

Tratamiento.—Cuantas veces la vejiga se halle distendida por la orina, se deberá dar salida al líquido por medio del cateterismo. Se repetirá la misma operacion varias veces al dia á fin de que la vejiga pueda mas fácilmente revenir sobre sí misma y recobrar sus propiedades contráctiles. Para conseguir este objeto se han propuesto ademas otros varios medios. Se ha aconsejado producir una especie de sacudimiento por medio de la aplicacion de cuerpos frios al hipogastrio. M. J. L. Petit recomendaba á los enfermos colocar el orinal de modo que lo aproximasen á los muslos y al escroto; queria tambien que se orinase en un paraje fresco. El doctor Cazenave, de Burdeos, aplicaba el frio de una manera mucho mas enérgica. Aconsejaba la colocacion de compresas frias ó de vejigas llenas de hielo en el hipogastrio y los muslos, la aplicacion de lavativas frías, la introduccion en el recto de pedacitos de hielo, y la administracion, en los casos rebeldes, de chorros ascendentes frios por espacio de veinte á veinte y cinco minutos; pero la esperiencia no ha dado aun su fallo en este punto. Para despertar la contractilidad vesical se ha aconsejado tambien aplicar ventosas secas á la parte esterna de los muslos, y dar friegas en los lomos, en el hipogastrio y en el periné, con linimentos amoniacales, con la tintura de nuez vómica ó de cantáridas. Se han aplicado tambien con buen éxito uno ó mas vejigatorios á

(1) *Recherches sur une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine.* Paris, 1841.

dichas regiones. Se ha recomendado la electricidad, y M. Michon citó en 1849 en la Sociedad de Cirujía, algunos casos de parálisis vesicales que habian sido curadas por este medio. Se ha propuesto tambien introducir en la vejiga sustancias que puedan tonificarla y escitarla; se han preconizado sobre todo, con este objeto las inyecciones de agua fría, ó bien con las aguas de Bareges ó de Balaruc, con una decoccion de quina, etc.; pero estos diversos medios son con frecuencia perjudiciales, y es prudente abstenerse de ellos especialmente en los viejos.

Interiormente se ha preconizado el tizon de centeno, la tintura ó los polvos de cantárida, la estrignina, los tónicos, si el sugeto está debilitado.

Si existe un catarro vesical concomitante, se le combatirá por los medios de que ya hemos hablado en el lugar correspondiente.

DE LA PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA.

Hay una parálisis notable por su curso, que invade sin cesar, que, empezando comunmente por una torpeza de la lengua, por un temblor de los labios ó por la debilidad de un miembro, se estiende progresivamente á la mayor parte de los músculos del cuerpo y termina tal vez siempre de una manera funesta. Tal es la parálisis que mi amigo el catedrático Requin ha caracterizado tan perfectamente llamándola parálisis general *progresiva*.

Historia.—Nos parece que esta afeccion debe ser la misma que, despues de haber sido desconocida hasta fines del último siglo, mereció que hiciesen de ella mencion Haslam, Esquirol y Georget, pero que no ha sido bien descrita hasta treinta años atrás por M. Delaye, en su tesis sostenida en 1824, y sobre todo por los doctores Bayle y Calmeil, autores uno y otro de una monografía justamente apreciada. Mas recientemente han sabido añadir algunos hechos nuevos á los de sus predecesores M. Parchappe en sus *Recherches sur le encephale*, MM. Baillarger y Lunier en los *Annales médico-psycologiques* (año 1849), M. Brierre de Boismont en el *Supplément du Dictionnaire des Dictionnaires*. Hasta estos últimos tiempos, y á pesar de un hecho consignado en la misma tesis de M. Delaye, la parálisis progresiva, esclusivamente estudiada por los médicos alienistas ha sido considerada como una complicacion que no se observaba mas que en los hospitales de locos. Sin embargo, M. Requin, protestando en 1846 en su *Traité de Pathologie*, contra esta opinion, citaba hechos de parálisis general que él habia observado en condiciones diferentes, y desde que llamó la atencion sobre este punto se han recogido en los hospitales de adultos, observaciones bastante numerosas. Sé, sin embargo, que M. Brierre de Boismont, ha negado recientemente aun que las parálisis generales observadas en los enajenados y en los individuos de sano juicio, sean indénticas; pero nosotros no podemos participar de la opinion de este distinguido médico. Punto será este que discutiremos mas adelante.

Anatomía patológica.—En los individuos que sucumben á una parálisis general puede suceder que ni el cerebro, ni la médula, ni sus membranas, presenten ninguna alteracion apreciable. Mas diremos, esto es lo que con mayor frecuencia se ha visto confirmado en los sugetos muertos á consecuencia de una parálisis progresiva sobrevenida fuera de la enajenacion. Sin embargo, las au-

topsias, han sido hasta hoy sumamente raras. No sucede comunmente lo mismo cuando ha acompañado á la enfermedad alienacion mental. En estos casos efectivamente se hallan por lo comun lesiones muy diferentes, tales como congestiones, condensaciones y opacidades de la aracnoides, falsas membranas, derrames serosos ó sanguíneos, reblandecimientos ó induraciones del cerebro, etc. ¿Pero deben ser consideradas estas lesiones como el carácter anatómico de la enfermedad? Hé aquí lo que es imposible admitir cuando se considera cuán variables son estas alteraciones, cuán poco necesarias son, puesto que todas pueden faltar sin que la espresion sintomática de la enfermedad se haya modificado. Asi lo prueban varias observaciones recogidas por M. Lélut, y publicadas por él mismo en el primer volúmen de los *Annales médico-psychologiques* (p. 179).

Síntomas y curso.—La parálisis progresiva puede sobrevenir de golpe, ó bien estar precedida de vértigos, de cefalalgia y de varios accidentes de congestion cerebral. El primer trastorno que llama la atencion consiste por lo comun en una torpeza para hablar á veces continua, que se revela de tarde en tarde; en otros casos la debilidad empieza por los miembros superiores ó inferiores; va acompañada de entorpecimiento y sensacion de frio, y solo despues de mas ó menos tiempo, el habla se vuelve difícil y los enfermos tartamudean. Segun M. Baillarger, uno de los primeros signos de la parálisis progresiva, es la dilatacion desigual de las dos pupilas; pero segun M. Lasségne, este carácter apenas se encuentra mas que en una tercera parte de casos. Sin embargo, despues de mas ó menos tiempo, despues de alternativas mas ó menos repetidas en bien y en mal, la parálisis se estiende y se generaliza. El paso es vacilante y las caidas son frecuentes, las manos asen mal los objetos, y la sensibilidad tactil es menos perfecta. Con frecuencia la orina se escreta con dificultad, ó bien hay una incontinencia. Las materias fecales, retenidas en un principio, se escapan luego involuntariamente. En la mayor parte de los hombres hay impotencia completa. Fuera de la sensibilidad tactil, que hemos visto atacada muy á menudo, puede decirse que la mayor parte de los demás sentidos están intactos, esceptuando, sin embargo, el último período de la afeccion en que todas las sensaciones, cualquiera que sea su naturaleza, se vuelven muy obtusas. Los enfermos de que hablamos no tienen calentura, como no sea en ciertas complicaciones inflamatorias; la respiracion se ejecuta de una manera normal; se conserva el apetito y las digestiones son regulares.

En medio de los trastornos funcionales de que acabamos de hacernos cargo, ¿qué alteraciones sufre la inteligencia? Queda algunas veces intacta hasta lo último, pero por lo comun se altera desde la simple disminucion de la memoria y una aptitud menor para los trabajos intelectuales, hasta un anonadamiento de facultades tan completo como puede serlo en la demencia.

Muchísimos enfermos, sin embargo, deliran desde el principio, ya sea que el trastorno intelectual haya sido primitivo, ya sea, como lo quiere M. Parchappe, que la lesion del movimiento y la de la inteligencia lleguen con poca diferencia simultáneamente, ya sea, como lo pretenden MM. Baillarger y Lunier, que los accidentes paralíticos precedan á los desórdenes cerebrales. En el mayor número de casos, el delirio es ambicioso. No todos los enfermos creen ser ricos ó poderosos; pero hay en casi todos una exageracion del *yo*, del in-

dividualismo, muy digno de notarse, y asi es que muchos creen gozar de una perfecta salud, de una fuerza hercúlea, de una aptitud poco comun para el trabajo, etc.

La parálisis progresiva tiene en general una marcha continua. Presenta, sin embargo, con frecuencia de un dia á otro, alternativas, períodos de detencion, mejorías algunas veces bastante notables para hacer creer en una curacion próxima, y esto es lo que sucede principalmente en la parálisis sin complicacion de delirio.

Los accidentes paralíticos, varian, pues, de sitio y de naturaleza. Ya predominan en un miembro, ya en otro. La sensibilidad cutánea despues de haberse pervertido ó debilitado, recobra su primitiva accion; un miembro que se habia quedado enteramente inútil para ejecutar el mas mínimo movimiento, acaba por readquirir poco á poco, y en general rápidamente, la casi integridad de sus funciones. Sin embargo, los accidentes se hacen tarde ó temprano permanentes, y los músculos quedan entonces en completa resolucion ó bien contraidos. Esta contraccion, que aparece en una época variable de la enfermedad, no es casi nunca permanente, pero vuelve con mas ó menos frecuencia y persiste mas ó menos tiempo. No solo se pierden mas y mas los movimientos, sino que se estingue la sensibilidad, se hace ininteligible el habla, no se retienen ya la orina ni las heces, las ideas son nulas; hay un estado habitual de somnolencia; al cabo los individuos sucumben. Algunos se apagan, sin que pueda esplicarse la muerte, la mayor parte mueren á consecuencia de algunas complicaciones, especialmente por una pneumonia que toma desde luego el carácter adinámico, por una diarrea que agota rápidamente las fuerzas, por una erisipela ó por escaras que se forman en el sacro; algunos, en fin, sobre todo, entre los dementes paralíticos, pierden violentamente la vida entre convulsiones epilépticas.

Terminaciones.—Dudoso es que se haya jamás curado una parálisis progresiva. La enfermedad puede algunas veces ser detenida en su curso, pero los enfermos conservan siempre cierto grado de debilidad ó de rigidez, y tarde ó temprano los accidentes que se consideraban conjurados vuelven á tomar su marcha ascendente.

Duracion.—La parálisis progresiva es una afeccion esencialmente crónica y de una duracion casi siempre larga é indeterminada. Dícese que en algunos locos se la ha visto terminar en algunas semanas. M. Calmeil dice que su duracion media es un período de trece meses, M. Bayle fija á diez este período, y M. Parchappe á poco mas de un año. Esta duracion parece, sin embargo, ser mucho mas larga cuando la parálisis progresiva no está complicada con alienacion mental. Yo estoy en la actualidad asistiendo á un enfermo cuya afeccion tiene ya ocho años de fecha, y aun vivirá probablemente largo tiempo.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la parálisis general es comunmente fácil. Habrá motivos para sospechar que existe esta afeccion si de cuando en cuando sobreviene dificultad de hablar ó tartamudeo. Mas adelante, haciéndose permanente este fenómeno é invadiendo los miembros los síntomas paralíticos, se disiparán todas las dudas acerca del carácter de la enfermedad. Si hay trastornos intelectuales, delirio, síntomas de demencia, podia ser difícil determinar si la parálisis es esencial ó si es sintomática de una meningitis crónica; pero si

la inteligencia se conserva ilesa, si la parálisis es móvil, si ofrece intermitencias muy grandes, se deberá presumir que no existe ninguna lesion material apreciable en los centros nerviosos. Los tumores intra-cranianos pueden muy bien producir algunos accidentes análogos á los de la parálisis progresiva; sin embargo, hay entonces comunmente dolores locales, trastornos de los sentidos, movimientos convulsivos apoplectiformes, fenómenos todos que son bastante raros en la parálisis progresiva simple.

La atrofia muscular progresiva, que hemos descrito anteriormente segun los trabajos de los doctores Aran y Thouvenel, no se parece en nada á la parálisis general, porque la primera está esencialmente caracterizada por la atrofia de la fibra muscular, que obra y se contrae hasta que se ha transformado ó destruido, al paso que en la parálisis progresiva, el músculo deja luego de contraerse; pero no se altera su nutricion sino en una época, muy adelantada y nunca por otra parte al mismo grado que en la atrofia.

No he establecido ninguna distincion entre la parálisis progresiva que se observa en los hospitales ordinarios y la que reina en los establecimientos de locos. La afeccion en uno y otro caso es probablemente la misma. M. Brierre de Boismont ha, sin embargo, protestado contra tamaña asimilacion; pero no puedo hasta ahora participar de su manera de ver, porque si se esceptuan los trastornos intelectuales, se encuentra la misma espresion sintomática en las dos afecciones, el mismo curso, la misma terminacion fatal, y en la autopsia los resultados idénticos, es decir, ya lesiones diversas, ya falta de toda alteracion apreciable. Segun el mismo autor, hay una diferencia capital entre las dos parálisis progresivas que admite. Es de opinion que en la parálisis que complica la alienacion mental, la irritabilidad muscular se conserva, al paso que esta propiedad se debilita y al fin se pierde completamente en la parálisis progresiva simple. No sé si este carácter seria suficiente para formar dos especies morbosas distintas de dos afecciones que parecen idénticas bajo todos los demás aspectos. Pero, como quiera que sea, el hecho en sí mismo, antes de ser aceptado, exigiria investigaciones mas numerosas y variadas que las que hasta hoy han tenido lugar.

Pronóstico.—El pronóstico es escesivamente grave, pues todo induce á creer que la afeccion es incurable. La parálisis que se complica con enajenacion, es en absoluta igualdad de circunstancias, mas funesta que la parálisis simple. La que tiene una marcha continua es mas grave y acaba mas pronto con la vida del enfermo que la que ofrece alternativas y suspensiones mas ó menos largas.

Etiología.—Las causas á que se debe la parálisis progresiva son sumamente oscuras. En las casas de locos la enfermedad ataca con mas frecuencia á los hombres que á las mujeres, y es mas comun en los individuos vigorosos. Las personas de la clase acomodada están á ella mas sujetas que las que pertenecen á la clase pobre. Se dice que la afeccion ha sido producida algunas veces por la impresion del frio, y sobre todo por el abuso de los licores espirituosos fuertes, por los escesos venéreos y las escesivas fatigas; pero acerca del particular nada se sabe de positivo. Es una afeccion del período medio de la vida.

Tratamiento.—Difícil es de trazar el tratamiento de la parálisis progresiva. Las indicaciones son en realidad poco precisas, y debemos generalmente limitarnos á combatir accidentes ó complicaciones. A las congestiones que se de-

claran frecuentemente hácia el encéfalo, en especial en los dementes paralíticos, opondremos algunas sanguijuelas aplicadas al ano ó detrás de las orejas, é igualmente revulsivos aplicados á la epidermis y dirigidos al tubo digestivo. No debemos recurrir á la sangría general sino con la mayor prudencia, porque está reconocido que mas bien sirve para agravar la parálisis que para contrarestarla en su curso.

Si hay padecimientos intensos, contracciones dolorosas, se recurrirá á los baños tibios, á embrocaciones calmantes, y se propinarán interiormente sedativos y antiespasmódicos; pero bueno es advertir que estos remedios son rara vez eficaces.

Las cantáridas paseadas á lo largo del espinazo ó de la nuca, las cauterizaciones transcurrentes tampoco han producido muchas mejoras duraderas. Otro tanto decimos de los baños sulfurosos, de los de mar y de las aguas termales tomadas en baños y á chorro. La electricidad se ha empleado tambien sin que esperimentasen los enfermos ninguna ventaja notable.

TERCER GÉNERO DE NEUROSIS.

NEUROSIS CARACTERIZADAS POR UN TRASTORNO DE LA INTELIGENCIA.

Del delirio.

El delirio (1) puede definirse, con el catedrático Chomel, la perversion de una ó mas facultades intelectuales ó afectivas. Delirar es tener ideas estrañas sin relaciones con los objetos, es tener sensaciones, juicios, ó cometer actos enteramente contrarios á la razon.

El delirio es un síntoma que hemos tenido ya ocasion de señalar y describir en sus principales formas, al menos en el estado agudo. Pronto le daremos á conocer en su forma crónica y no apirética (Véase *Enajenacion mental*). Hemos visto delirios esenciales que constituyen por sí solos casi el todo de la enfermedad, y que no dependen de ninguna alteracion apreciable de los centros sensitivos, tales son esos trastornos de la inteligencia que se observan á consecuencia de dolores intensos, ó del esceso del vino y de los licores espirituosos, ó con motivo de la demasiado absoluta y repentina privacion de las bebidas alcohólicas (Véase *delirium tremens*). Muchas veces hemos observado el delirio en el curso de las afecciones agudas y crónicas del encéfalo y de sus membranas; y mas á menudo aun le hemos visto aparecer, independiente de toda alteracion de los centros nerviosos, en el curso de un estado general grave de la economía, ó á consecuencia del padecimiento de un órgano distante de todo centro nervioso. Estos delirios sintomáticos son en realidad los mas comunes. Ya los hemos dado á conocer suficientemente en otro lugar al ocuparnos de las enfermedades que ellos complican. Hemos manifestado cuán difícil podian hacer el diagóstico; hemos apreciado su valor pronóstico, y determinado las indica-

(1) Delirio, de *lira*, surco. En el delirio el que lo padece se aleja del órden y como del surco trazado.

ciones que suministran. No debemos, de consiguiente, volver á ocuparnos de estas cuestiones.

En los sugetos que sucumben con delirio, hemos encontrado lesiones sumamente diversas en los centros nerviosos, circunstancia que deberia inclinarnos á creer que no hay ninguna lesion que sea especial y esclusiva del delirio. Pero ademas, como los delirios llamados esenciales, como el *delirium tremens* y todos los delirios simpáticos, son independientes de toda alteracion apreciable del cerebro ó sus membranas; es imposible determinar la modificacion particular á que es debido el trastorno intelectual; tampoco seria posible localizarle en tal ó cual parte del cerebro, en la capa cortical, por ejemplo, como hacen algunos autores. Cuanto mayor es el cuidado é imparcialidad que ponemos en el estudio de estos hechos, desprendiéndonos de toda idea concebida de antemano, tanto mayor es el convencimiento que adquirimos de que la lesion esencial (si es que la hay) que produce el delirio, debe ser leve y fugaz; ó en caso de ser permanente, es muy probable que sea enteramente molecular, y de consiguiente no podrá apreciarse hasta que conozcamos mejor la verdadera estructura, la estructura íntima del cerebro. Al tratar de la enajenacion mental se hará mas palpable la verdad de esta proposicion. Pero sin querer abordar todavía las arduas cuestiones que se refieren á este objeto, solamente diremos en favor de la opinion que emitimos, que hay delirios violentos que se disipan rápidamente sin dejar vestigio alguno, y que los delirios que existen sin desórdenes musculares bien marcados, sin parálisis, sin convulsiones, solo dejan en el cadáver lesiones poco aparentes, casi insignificantes, y comunmente nulas.

Ya hemos tratado minuciosamente de las dos formas de delirio agudo de que pudieramos hablar aquí, porque nos ha parecido mas oportuno ocuparnos de ellas al hablar de los envenenamientos, en razon de las causas específicas que las dan orígen. Ahora tenemos que estudiar los desórdenes intelectuales apiréticos que siguen un curso crónico. Estos son: la *locura*, la *hipocondría* y el *idiotismo*.

DE LA LOCURA Ó ENAJENACION MENTAL.

La locura es, segun Esquirol, una afeccion cerebral comunmente crónica, sin calentura y caracterizada por desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad.

Historia.—Hipócrates sin tratar especialmente de la locura, ha hecho sin embargo, mencion de algunas de las terminaciones de la manía. Celso ha sido mucho mas esplícito; pero Areteo fue el primero que describió la enfermedad, y su descripcion es notable por mas de un concepto, Celio Aureliano emitió tambien ideas muy exactas acerca del carácter y tratamiento de la locura. Galeno no hizo mas que reasumir con talento lo que habian dicho antes que él, sin añadir nada que pueda llamarse capital. Despues permaneció estacionaria, y aun retrogradó, la historia de la locura. De cuando en cuando se hicieron algunas observaciones aisladas desde el renacimiento de las ciencias en Europa; pero como dice muy bien Pinel, no habia antes que la suya ninguna obra capital, ningun cuerpo de doctrina, y era muy poco lo que habian añadido, á lo que ya se sabia, los mismos ilustres fundadores de las tres escuelas célebres del último si-

glo, Stahl, Boerhaave y Hoffmann. Solo indicaré de paso algunas investigaciones bien incompletas de anatomía patológica, que empezadas por Morgagni, fueron continuadas en Inglaterra por Perfecto y Greding. Tambien se habia enriquecido la ciencia con las obras de Lorry, Daquin y Chiarugi, cuando apareció Pinel, al cual cabe la gloria de haber dado á la ciencia la direccion mas conveniente. No solamente hizo una descripcion casi completa de la locura, sino que tuvo la gloria de reformar enteramente el régimen bárbaro adoptado en los hospitales, en cuyos establecimientos se trataba á los dementes mas bien como malhechores, que como seres que sufren. La obra que publicó Pinel á principios de este siglo acerca de la enajenacion mental, es sin disputa uno de los mas gloriosos monumentos de la ciencia contemporánea y el título mas sólido y menos perecedero del autor. El venerable Esquirol es, despues de Pinel, el que mas ha contribuido á ilustrar la historia de la locura con sus trabajos, continuados sin interrupcion por espacio de cuarenta años: en la escuela de este hombre ilustre, de este hombre tan filantrópico, se han formado la mayor parte de los autores que, en estos últimos tiempos han publicado útiles investigaciones acerca de la enajenacion mental: tales son, entre otros, MM. Georget, Calmeil, Leuret y Foville. No debemos pasar en silencio los trabajos de M. Ferrús tan recomendables bajo mas de un concepto, y cuyo nombre solo recuerda grandes servicios y mejoras útiles en el tratamiento de los enajenados. Preciso es tambien hacer justicia á las investigaciones de MM. Lelut, Baillarger, Bayle, Parchappe, Delaye, Guislain, Moreau, Brierre de Boismont y otros varios que tendremos ocasion de citar en el discurso de este artículo. Gracias á los trabajos de estos médicos, á sus perseverantes esfuerzos y al progreso de las luces en este siglo, no son quemados ya los locos, segun sucedia en la edad media, como hechiceros ó endemoniados, ni adorados como genios bienhechores ó profetas. Han dejado de ser un objeto de lujo y de recreo para los grandes, no se ven abandonados á su miseria, sin otro auxilio que la compasion pública, ni se les confunde ya en los calabozos con los criminales. Por el contrario, en todas partes ha encontrado simpatías su desgracia, y por todos lados se levantan asilos en que reciben estos infelices los cuidados que reclama su estado.

Caracteres anatómicos.—Desde Morgagni, Haller y Meckel se han hecho muchas investigaciones para encontrar las lesiones que dejaba la enajenacion mental, y los trabajos de este género se han multiplicado especialmente en estos últimos veinte años. Gredin, á fines del siglo último (1790), dijo que en los dementes estaban muchas veces adelgazados los huesos del cráneo (diez y ocho veces por ciento), y mas comunmente engrosados setenta y siete veces por ciento. Los resultados de M. Bertolini son casi idénticos. Sin embargo, esta asercion no está aun bien demostrada; y ademas seria necesario determinar préviamente cuál es el grueso normal de dichos huesos en las diferentes edades de la vida, lo cual no le ha ocurrido á nadie. Por el contrario, es indudable que con mucha frecuencia se encuentran en los locos diversas alteraciones de las meninges; pueden en efecto, estar estas membranas inyectadas, engrosadas, adheridas entre sí, ó á la sustancia cerebral, cubiertas de falsas membranas, infiltradas de sangre ó de serosidad, etc. M. Calmeil, ha observado estas diversas alteraciones ochenta y dos veces por ciento en los dementes paralíticos,

y M. Bayle las ha encontrado siempre en estos mismos enfermos. Estas alteraciones, que tan comunes vemos que son cuando están alterados los movimientos, faltan completamente en los casos de simple locura. Muchos autores, y especialmente M. Parchappe, dicen que es muy frecuente la congestion sanguínea en el cerebro de los enajenados, pero no es peculiar de ellos, porque esta lesion se encuentra igualmente en otra multitud de afecciones agudas y crónicas, y no sabemos que se haya demostrado todavía que sea mas comun en la locura que en estas últimas: ademas todo induce á creer que la congestion mas bien es entonces un estado consecutivo que primitivo. En algunos dementes se ha encontrado segun se dice, una hipertrofia cerebral; mas comunmente se ha notado una atrofia de las circunvoluciones; pero esto solo se ha observado en la demencia. M. Etoc-Demazy ha hallado tambien un edema del cerebro en los casos de estupidez. Se ha encontrado igualmente el cerebro, ora mas blando, ora más consistente; se ha pretendido que la sustancia gris siempre estaba reblandecida en los dementes paralíticos, y la sustancia blanca, por el contrario, mas consistente en los mismos individuos. En los casos de parálisis general es casi esclusivamente en los que se encuentran, como advierte Leuret, granulaciones en la superficie de los ventrículos cerebrales, y adherencias de las meninges con las circunvoluciones del cerebro. Finalmente, segun MM. Foville y Parchappe, suele con frecuencia estar pálida, descolorida la sustancia gris de las circunvoluciones, ora en su totalidad, ora en parte. Sin embargo, aun no está fuera de duda la existencia de esta alteracion, y aunque lo estuviese, todavía habria que determinar si se refiere mas bien á los síntomas físicos que á los psicológicos de la locura. Nada diremos de las adherencias anormales, que segun M. Foville suelen existir en los locos entre los planos fibrosos de que se componen, segun dice este hábil médico, los hemisferios cerebrales; porque aun suponiendo que fuese cierta esta disposicion anatómica, pudieran hacerse respecto de esta lesion las mismas objeciones que respecto de la anterior.

Segun M. Parchappe la locura acarrea una disminucion gradual del cerebro, la cual está en razon de la degradacion sucesiva de la inteligencia en la locura simple. Se ve por el cuadro comparativo que ha trazado con este objeto, que el término medio de las dos categorías, locura aguda y locura crónica, se diferenciaba de una cantidad en peso igual á 3 onzas para los hombres y 3 dracmas y $^1/_2$ para las mujeres, en proporcion igual, á $^{77}/_{1000}$ para los hombres, á $^{67}/_{1000}$ para las mujeres. Méckel habia ya dicho que el cerebro de los enajenados tenia menor peso específico que el de los demás individuos; pero MM. Leuret y Mitivié introdujeron con esperimentos este aserto.

Sin embargo, es indudable que en una multitud de casos no revela la autopsia ninguna lesion apreciable en los centros nerviosos; casi todos los mas acérrimos partidarios de la localizacion de la locura, citan hechos de este género. En cuanto á las numerosas alteraciones que hemos enumerado anteriormente, no hay ninguna peculiar de la locura, sino que como dice Leuret sin espíritu de crítica, se han reunido todas las alteraciones que se han encontrado ó que se han creido encontrar en el cerebro de los enajenados, y se han atribuido los desórdenes de la inteligencia y de las pasiones á estas alteraciones reales ó supuestas, pero no se han tenido en cuenta las alteraciones compatibles con la integridad de la intelectual. Bien pronto veremos que no solo hay en la locura

un trastorno mental, sino tambien diversos síntomas físicos. ¿Y las lesiones materiales no dependen mas bien de estos últimos que de los trastornos psicológicos? Esta es la opinion de los médicos que, por su esperiencia, merecen mas crédito en esta materia, bastándose citar aquí los nombres de Esquirol, Leuret y el de MM. Lélut y Baillarger. Leuret dice con mucha razon, que nadie ha descubierto aun la alteracion que constituye la causa inmediata de la locura; que si acaso existe debe ser semejante á la que produce los ensueños, ocasiona las falsas convicciones de los individuos que tienen su cabal razon, y escita los instintos y las pasiones, es decir, que nunca se manifiesta por caracteres físicos apreciables. La parálisis general, que coexiste frecuentemente con la locura, va unida, es verdad, á muy menudo á algunas lesiones materiales de las meninges y del cerebro: pero estas lesiones, que hemos enumerado anteriormente, se combinan de mil maneras, y ninguna de ellas puede señalarse como la constitutiva del carácter anatómico de la enfermedad. Por otra parte, esta existe algunas veces sin que la autopsia revele ninguna alteracion apreciable de testura en los órganos de la cavidad cerebro-espinal. M. Lélut, refiere muchos hechos notables de este género.

Caracteres generales de la locura.—Son sumamente variados los trastornos de la inteligencia en la enajenacion mental. Consisten, dice Georget, en concepciones estravagantes, ideas raras, analogías estrañas de ideas, opiniones ridículas, juicios falsos por los principios de donde emanan, conversaciones disparatadas; es una sucesion rápida y mas ó menos incoherente de ideas, de juicios, de razonamientos; es una mezcla singular de concepciones razonables, de opiniones fundadas, de razonamientos continuados, de juicios sensatos, y de muestras de talento con los resultados de la mas completa falta de razon. En los locos se encuentra exaltada ó pervertida la sensibilidad moral; las sensaciones, como dice Esquirol, no están ya en relacion ni con las impresiones esteriores, ni con las impresiones internas; los enfermos parecen ser el juguete de los errores de sus sentidos; por eso es tan comun que los enajenados tomen á sus amigos y parientes por personas estrañas, y recíprocamente. Si oyen un grito, creen reconocer la voz de un amigo ó de un enemigo; si perciben un olor ó sabor desagradable en los alimentos, creen que tratan de envenenarlos. Muchos se engañan acerca del tamaño, forma y peso de los cuerpos que tocan; y todo esto constituye otras tantas *ilusiones*, es decir, que siendo impresionados sus sentidos, los enfermos se engañan acerca de la naturaleza y causa de sus sensaciones. Pero ademas de estos trastornos, suele ser frecuente que los enajenados tengan *alucinaciones*, es decir, sensaciones producidas sin escitacion esterior. Asi es, que muchos de ellos oyen voces que les persiguen, les asedian, les injurian, les dan consejos, les prescriben acciones infames: otros ven delante de ellos personas ó cosas ausentes, ó perciben olores fétidos ó agradadables que no existen: algunos, aunque esten quietos, creen que andan sobre flores, sobre espinas, ó sobre un suelo movedizo: los hay que suponen tener en alguna parte de su cuerpo un animal cualquiera que los roe y los devora; en una palabra, parece que sueñan estando despiertos. Las ideas y las afecciones, en los locos, son sumamente variables, volubles hasta el estremo; la facultad que tiene nuestro espíritu de asociar las sensaciones y las ideas, y de coordinarlas entre sí, ofrece en ellos las mas notables alteraciones. Casi todos recuerdan

lo pasado y hablan de ello; muchos conservan la memoria de los sucesos presentes, y despues de curados refieren lo que han visto ó hecho durante su delirio, y dan los motivos de sus determinaciones, porque los locos tienen voluntad. Es raro que conozcan su estado; por muy estravagantes que sean en sus acciones y palabras, se creen cuerdos, y siempre tienen algun motivo para hacer lo que hacen. En algunos se observan actos, impresiones, determinaciones verdaderamente automáticas, es decir independientes de la voluntad: asi es, que algunos gritan, corren, ejercen actos de furor, y matan á veces, sin mas motivo que gritar, correr y matar. Sin embargo, Esquirol cree que, en el mayor número de casos, dependen estos actos, estos impulsos irresistibles, de motivos, que tanto el enajenado como los que le observan, pueden esplicarse hasta cierto punto. Las afecciones morales sufren en estos enfermos una alteracion mas ó menos profunda; este es un punto de la historia de la locura acerca del cual ha insistido mucho Esquirol. Asi que es muy comun, muy ordinario que los enajenados vean con indiferencia y aun lleguen á aborrecer á sus padres y amigos mas íntimos. Muchos se entregan á acciones vergonzosas; sugetos de la mayor probidad se vuelven ladrones; las mujeres mas virtuosas tienen conversaciones sumamente obscenas, hacen gestos indecentes, cometen actos impúdicos, etc. Las pasiones son variables, segun el género de locura. Impetuosas en la manía y monomanía, tristes en la lipemanía, se estinguen en la demencia, ó, como suele decirse, no hay mas pasioues que las que resultan de las necesidades apremiantes del hombre. Los locos son generalmente poltrones, pusilánimes, poco previsores y muy confiados ó ciegamente desconfiados. Ocupados siempre de su idea, puede decirse que aunque están en sociedad viven aislados; cada uno anda por su lado, y es muy raro verlos hablar y conspirar entre sí.

Se ha dicho, y acaso en términos demasiado generales, que la sensibilidad estaba disminuida ó pervertida en los locos. Nada de eso; generalmente se encuentra intacta esta facultad; asi es que estos enfermos son tan sensibles como cualquiera otro al dolor, al frio y al calor, etc. Los casos contrarios son puramente escepcionales.

Los enajenados pueden hallarse habitualmente en calma; pero la mayor parte tienen de cuando en cuando movimientos de cólera, furor ó agitacion; entonces gritan, vociferan, injurian, dan golpes y rasgan sus vestidos: su fisonomía espresa siempre las pasiones que los agitan.

Algunos enajenados se quejan de cefalalgia, pero solo es al principio. Muchos tienen insomnio, ó bien sueño corto y agitado por espacio de meses y aun años enteros. La circulacion cerebral no parece en ellos mas activa que en los demás, escepto en los parasismos de furor. No se ha observado trastorno ninguno en las funciones respiratorias sino es un poco de ronquera y afonía cuando están gritando mucho tiempo. Hay completa apirexia; pero el pulso es por lo general mas frecuente que en los sugetos sanos que gozan de razon completa, segun resulta de los esperimentos comparativos hechos en Francia por MM. Leuret y Mitivié, y en los Estados-Unidos por M. Pliny Earle. El apetito suele ser natural y las digestiones regulares. Si algunos enfermos no comen es por efecto de alguna complicacion, ó porque temen que los envenenen; otros se ponen á dieta por mortificacion, por penitencia, etc. La nutricion por lo comun no se altera.

Divisiones.—Acabamos de enumerar los síntomas generales de la locura; pero esta enfermedad presenta diferentes formas. Asi es que cuando el delirio versa particular y casi esclusivamente sobre una idea fija y dominante, sobre una idea alegre y espansiva, se dice que hay *monomanía.* Si el delirio se refiere á un solo objeto ó á un corto número de ellos, con predominio de una idea triste, constituye la *lipemanía* de Esquirol, ó *melancolía* de los antiguos. Si es general el delirio y acompañado de escitacion, se llama *manía.* Por último, se dice que hay *demencia* cuando están muy disminuidas ó enteramente abolidas las facultades intelectuales.

Monomanía.—Rigurosamente hablando, no deberia darse el nombre de *monomaniacos* sino á los sugetos que deliran únicamente sobre un objeto particular, pero muchos autores tienen la costumbre de confundir bajo esta denominacion á todos los locos que tienen una idea falsa predominante en su delirio: asi es que la monomanía constituye, segun ellos, la forma mas comun de la enajenacion mental, en tanto que el delirio es considerado como escesivamente raro. Tal no es, sin embargo, la opinion de M. Baillarger. Este autor ha establecido, en un artículo muy bien concebido, inserto en el tomo VIII de los *Annales médico-psychologiques*, que hay muchos enfermos cuyo delirio está escesivamente limitado á una idea falsa. Muchos de estos individuos pasan desapercibidos, sin que su delirio se sospeche siquiera. ¡Cuántos desgraciados hay en efecto que, antes de ser homicidas ó atentar contra sus dias, han pasado largos meses y largos años, diez, quince, veinte, luchando contra la idea fija que les perseguia! Estos individuos raciocinando con acierto en todas las demás cuestiones, siendo ellos solos los confidentes de su pensamiento, viven en la sociedad hasta que ponen en ejecucion la idea que les persigue sin descanso, ó hasta que haciéndose mas completo el trastorno cerebral, obligan á la sociedad á secuestrarlos.

Como anteriormente hemos dicho, se consideran generalmente como monomaniacos los individuos que divagan sobre una multitud de puntos, á la manera de los maniacos, con la diferencia sin embargo de que los primeros se ocupan mas ordinariamente de su tema, al paso que los segundos disparatan indiferentemente sobre todo.

Dice M. Baillarger que la monomanía sobreviene á veces lentamente, y que á veces sucede á un trastorno agudo mas ó menos general de la inteligencia. Con razon ha insistido M. Moreau en este punto.

Son sumamente variadas las formas de monomanía: una de las mas frecuentes es la monomanía *ambiciosa.* Los sugetos se creen ricos y poderosos; son príncipes, monarcas, papas; se figuran ser César, Napoleon, Jesucristo, etc.. Estos se conocen generalmente por su modo de andar, por su continente orgulloso y por el aire de superioridad que toman con todos los que les rodean. Las mujeres que se hallan en este caso se ocupan mucho de su adorno. Hay monomaniacos en quienes el carácter predominante de la locura consiste en escesivos y violentos deseos venéreos. Estos siempre están diciendo palabras obscenas y haciendo gestos indecentes y provocativos; presentan una escitacion casi permanente en los órganos sexuales, y caen en un estado de furor cuando no pueden satisfacer sus desenfrenados deseos. Esta es una especie de locura que se ha llamado *ninfomanía* ó *furor uterino* en las mujeres, y *satiriasis* en el

hombre. En esta parte no estamos conformes con la generalidad de los autores, que solo ven en estos accidentes una enfermedad particular, una neurosis de los órganos sexuales; nosotros creemos, por el contrario, que no son mas que una variedad de la monomanía. Sea como quiera, los que padecen la satiriasis y ninfomanía se diferencian mucho de los monomaniacos llamados *erotomaníacos*, que están poseidos de un amor casto, enteramente platónico. Estos se ocupan contínuamente del objeto amado, le ven, le oyen, le tocan y le hablan. Esta especie de locura es mucho mas comun en la mujer; y las enfermas suelen estar alegres, aunque algunas veces se presentan tristes (*lipemanía erótica*).

La monomanía en que dominan las afecciones morales tristes, como el tédio y la amargura, se llama *melancolía*, ó mejor *lipemanía*. Estos sugetos siempre están tristes, son desgraciados; unos se creen perseguidos, otros deshonrados, engañados y arruinados; algunos se encuentran en un estado continuo de temor y espanto (*panofobia*). Es muy comun que estos enfermos esten atormentados de ideas religiosas (monomanía *religiosa*); suelen tener remordimientos por su vida pasada, por muy pura que haya sido; se creen condenados, y algunos se figuran estar en poder del demonio (*demonomanía*). Estas ideas les hacen entregarse dia y noche á prácticas austeras; se privan de comer y de dormir; algunos se martirizan y hasta se matan, creyendo obedecer á una voz interior, á una órden de Dios. Al lado de la demonomanía debemos hablar de los que se creen convertidos en animales, en perro (*cinantropía*), en lobo (*licantropía*); estos andan en cuatro piés, se dejan crecer el pelo y las uñas, imitan los ahullidos de los animales; algunos se escapan á los bosques, y se alimentan allí de yerbas ó de carne cruda. Esta forma de locura, casi desconocida en el dia, fue muy frecuente en la antigüedad y en la edad media.

Tambien debe considerarse como una variedad de la lipemania la *nostalgia*, es decir, ese amor exagerado al país en que uno ha nacido, que ocasiona tédio, tristeza y aun desesperacion, y que, como todas las afecciones morales tristes, puede producir graves desórdenes en la economía.

Hay una monomanía muy grave, caracterizada por una inclinacion irresistible al suicidio; los sugetos atentan contra su vida despues de un maduro exámen. Unos, en corto número, parece que se matan por tener en ello un placer; pero la mayor parte lo hacen por librarse de padecimientos generalmente imaginarios: se matan porque se creen en un estado físico ó moral tal, que les parece preferible la muerte. Se ve á estos individuos, cuando se les ha frustrado una primera tentativa, renovarla varias veces, y engañan tarde ó temprano la vigilancia de sus asistentes. Al lado de estos monomaniacos debemos colocar á los que, en lugar de matarse, matan á otro de sus semejantes (*monomanía homicida*). Unos cometen este crímen sin pasion, sin motivo alguno, y sin saber lo que hacen; se ven arrastrados irresistiblemente á ello: suelen verse nodrizas que cada vez que visten al niño tienen un deseo irresistible de sacarle la tripas, y aun madres que no pueden resistir la tentacion de degollar al hijo que con mas ternura quieren. Otros se ven arrastrados al homicidio por una idea delirante, y en este caso el asesinato es premeditado. La mayor parte de los enagenados matan porque creen ver en sus víctimas espías, enemigos ó hechiceros; algunos lo hacen por esceso de amor; tales son algunos padres que han dado la muerte á sus hijos para que vayan derechos al cielo y sustraerlos

de este modo á la corrupcion del siglo. Algunos monomaniacos, en lugar de matar, roban é incendian sus propiedades ó las de otros; lo mismo que los anteriores, cometen estos delitos y crímenes, unos instintivamente y otros raciocinando.

Manía.—Hemos dicho anteriormente que la manía consistia en un delirio general sin que predominase ninguna idea: asi es que, en su grado mas débil, están los enfermos agitados, habladores, como si hubiesen tomado una dosis fuerte de café ó de un licor alcohólico; se vuelven indiscretos y caprichosos, aunque todavía no deliran. Pero bien pronto, espontáneamente ó por verse contrariados, pierden enteramente la razon. Sin embargo, algunos de estos enfermos, que entregados á sí mismos desvarían, pueden hablar todavía con juicio sobre diferentes materias si se les llama la atencion; á esta mezcla de razon y delirio es á la que se ha dado el nombre de *locura razonada.* En el grado mas elevado de la manía no escuchan nada los enfermos; son incoherentes sus ideas, se hallan muy agitados, gritan, vociferan, y se entregan á toda especie de violencias.

La escitacion de estos individuos esplica por qué algunos de ellos parecen menos sensibles á las influencias esteriores, como al frio, al calor y hasta á los dolores fuertes; pues muchos de estos infelices se hacen horribles mutilaciones sin exhalar el menor quejido. Esta misma escitacion esplica tambien por qué estos enfermos, á pesar de su actividad muscular y su falta de sueño por espacio de muchas semanas, no se fatigan y conservan íntegras sus fuerzas. Los maniacos son, despues de los alucinados, los que tienen el pulso mas acelerado, segun resulta de las interesantes investigaciones que debemos á MM. Leuret y Mitivié.

Los accesos de manía se reproducen con intervalos mas ó menos cortos; pueden durar pocas horas ó algunos dias, ó prolongarse por espacio de meses. Cuando han sido violentos y largos, suelen caer los enfermos en un estado de postracion y abatimiento.

Demencia.—La demencia consiste, como ya hemos dicho, en la disminucion ó abolicion mas ó menos completa de las facultades intelectuales, afectivas ó sensitivas. Este estado es generalmente consecutivo á las formas precedentemente descritas de la enajenacion mental, pero á veces es primitivo. Asi es que los epilépticos, los borrachos, los que se entregan á la masturbacion, los viejos, pueden de súbito volverse dementes. Tambien suele ser consecutivo este estado á una alteracion material orgánica del cerebro y sus dependencias, como una meningitis, una hemorragia cerebral, un reblandecimiento. Finalmente, en lugar de declararse progresivamente, sobreviene algunas veces de pronto, bajo la influencia de una causa física ó moral, que conmueve violentamente el cerebro. La demencia, segun observa M. Calmeil, puede consistir únicamente en una simple disminucion de las facultades intelectuales, sensitivas y afectivas: comparado el enfermo consigo mismo, no tiene el mismo grado de inteligencia. Esto es lo que dicho profesor llama demencia *incompleta* ó *relativa*, pero general. Otras veces destruye poco á poco la demencia todas las facultades, y los enfermos quedan en una nulidad completa, pareciéndose mucho á los idiotas por su aspecto, costumbres y hábitos. Puede ser parcial la demencia, es decir, afectar únicamente una facultad ó un corto número de ellas, en cuyo caso puede ser tambien como la anterior incompleta ó completa.

Uno de los primeros caracteres de la demencia, es la debilidad ó pérdida de la memoria: las cosas del momento no hacen impresion, al paso que los enfermos se acuerdan todavía de lo pasado. Los dementes generalmente están tranquilos; viven aislados; pronuncian palabras sueltas é inconexas; rien ó lloran sin motivo, y al cabo de mas ó menos tiempo llegan poco á poco al último período de degradacion intelectual. La mayor parte de estos enfermos suelen presentar de cuando en cuando algo de escitacion y aun verdaderas accesiones de manía furiosa; pero no tardan en volver á su primitivo estado, y muchas veces se advierte que, despues de estos parasismos, se aumenta la debilidad de las facultades intelectuales y morales. Estos enfermos duermen generalmente bien; comen mucho; están bien nutridos; suelen ponerse gordos; su fisonomía pierde poco á poco su espresion; presenta diversos trastornos de la motilidad, y caen en un estado de parálisis que se llama *parálisis general progresiva*, enfermedad cuyos principales rasgos trazamos ya en las páginas precedentes.

Estupidez.—La palabra estupidez no tiene todavía un sentido bien definido: algunos se valen de ella para designar el último grado de la demencia; otros, y entre ellos Esquirol, la consideran como una variedad de esta forma de locura, y la emplean como sinónima de *demencia aguda.* Georget hacia de la estupidez un género particular de locura, caracterizado por la falta accidental de la manifestacion del pensamiento, ora porque carezca de ideas el enfermo, ora porque no sepa espresarlas. M. Etoc, que señala los mismos caracteres á la estupidez, no cree, como Georget, que sea un género particular de locura; opina que no es mas que una complicacion, como lo es la parálisis general, y refiere los accidentes á una lesion anatómica constante, á un edema de la sustancia cerebral. Los síntomas de la estupidez son, pues, en su concepto, efecto de una compresion mecánica, cuyo resultado es suspender ó debilitar las facultades intelectuales; es decir, que obra en los locos como en los sugetos sanos. Añade M. Etoc que el delirio de los enajenados estúpidos no presenta particularidad alguna que le sea propia, y que puede y debe ofrecer en los diferentes enfermos caracteres los mas opuestos. Pero M. Baillarger, en una memoria interesante inserta en los *Annales médico-psychologiques*, ha combatido esta proposicion, y determinado mas exactamente, en nuestro concepto, el estado mental de los enajenados estúpidos. Segun el hábil observador de que hablo, los enajenados designados con este nombre, solo presentan, en muchos casos, las apariencias de la estupidez, y hay en ellos un delirio completamente interior, de que pueden dar cuenta despues de curados. Este delirio parece de naturaleza esclusivamente triste; está sostenido por ilusiones y alucinaciones, y suele ir acompañado de ideas de suicidio. Ademas se encuentran estos enfermos en un estado especial: han perdido la idea del tiempo, de los lugares y de las personas, y viven en un mundo imaginario. Segun M. Baillarger, no es la estupidez ni una complicacion ni un género particular de locura, sino una variedad ó el grado mas elevado de una variedad enteramente especial de la melancolía. Este médico encuentra, y con razon, mucha analogía entre el estado de los enajenados estúpidos y el estado de ensueño. ¿Depende siempre la estupidez, como dice M. Etoc, de una lesion constante, de un edema del cerebro? Todavía no está aclarado este punto, y aguarda nuevas investigaciones.

Alucinaciones.—Ya hemos hablado de este fenómeno, que es uno de los mas curiosos en el estudio de la locura. Repetiremos aquí que hay alucinacion cuando un sugeto esperimenta sensaciones, sin que exista esteriormente ó en los órganos de los sentidos ninguna causa apreciable de escitacion. Es un fenómeno puramente cerebral, una sensacion producida sin impresion esterior.

La alucinacion es uno de los síntomas mas comunes de la enagenacion mental, en términos que asegura Esquirol que se encuentra por lo menos en ochenta enagenados de cada ciento. Varía mucho la forma de las alucinaciones, segun el género de delirio: son versátiles é incoherentes en la manía, tenaces y opresivas en la lipemanía, persistentes y espansivas en la monomanía, raras y fugaces en la demencia, confusas y como veladas en la estupidez (Macario).

No están conformes los autores que se han ocupado especialmente de las alucinaciones acerca de la naturaleza de este fenómeno. Algunos, y entre ellos Esquirol, las consideran como puramente psicológicas y cerebrales; otros creen, por el contrario, que no pueden verificarse sin intervencion de los órganos de los sentidos. Los primeros solo ven en las alucinaciones ideas reproducidas por la memoria, asociadas por la imaginacion, y repetidas por el hábito; los segundos admiten la realidad de las sensaciones acusadas por los enfermos. M. Baillarger, en una interesante memoria premiada por la Academia de medicina, y publicada en el tomo XII de las de esta ilustre corporacion, ha procurado conciliar ambas opiniones, que supone demasiado esclusivas. Dice que existen dos especies de falsas percepciones sensoriales: las unas enteramente independientes de los órganos de los sentidos, que son las alucinaciones *psicológicas*; las otras que no pueden verificarse sin intervencion de los sentidos, y que él llama *psico-sensoriales.*

Muchos enagenados pretenden que oyen el *pensamiento* sin intervencion de palabras; que conversan *intelectualmente* ó de *alma ó alma* con interlocutores invisibles, que están dotados de un sesto sentido, el *sentido del pensamiento,* ó bien que oyen *voces secretas interiores*, etc. Todos estos enfermos padecen alucinaciones psicológicas. En el mayor número de alucinaciones de la vista, cree, por el contrario imposible M. Baillarger negar la intervencion de los órganos de los sentidos, y este médico distinguido invoca en apoyo de su doctrina el testimonio de dos grandes autoridades, Muller y Burdach, que despues de haber padecido ambos alucinaciones de la vista, se han espresado en términos muy exactos acerca de este punto. En concepto de Muller, las visiones son *realmente estados del sentido de la vista.*

«Cuando nos asedian, dice Burdach, las imágenes fantásticas, las vemos *realmente,* es decir, que el pensamiento nos hace tener en el *ojo* la misma sensacion que si un objeto esterior se hallase colocado delante de este ojo vivo y abierto.» M. Baillarger ha recordado con este motivo que la distincion de estas dos especies de alucinaciones solo es nueva en patologia, pues desde hace mucho tiempo está admitida por los autores místicos, que han reconocido que existian «voces *intelectuales* que se sienten en la imaginacion y en lo interior del alma, y voces *corporales* que impresionan los oidos esteriores del cuerpo.»

En cuanto al modo de verificarse la alucinacion, es grande la diversidad de opiniones. M. Calmeil, por ejemplo, supone que las alucinaciones mas variadas y mas numerosas tienen probablemente su punto de partida en el sistema ner-

vioso de la periféria, y se verifican de fuera á dentro, como las sensaciones normales. Esta opinion ha sido combatida por M. Baillarger, que entre otras objeciones, hace notar que entonces seria imposible esplicar las relaciones tan estrechas que hay entre las alucinaciones de muchos sentidos. «¿Cómo hemos de concebir, dice, que el enajenado que ve al diablo sienta al mismo tiempo un olor sulfuroso, si estas dos sensaciones son provocadas por escitaciones venidas de los aparatos sensoriales? ¿Por qué percibe el olor azufroso y no otro? Por el contrario, es muy sencillo el hecho si la imaginacion es el verdadero escitante, y sí, como dice Burdach, se desarrolla la sensacion por el pensamiento».

Sea como quiera, confesamos que el mecanismo de la alucinacion será siempre desconocido. Despues de haber procurado M. Baillarger aclarar esta cuestion tan oscura, ha tratado igualmente de determinar las condiciones que favorecen la produccion de este fenómeno. La primera y mas importante, en su concepto, es el ejercicio involuntario de la memoria y de la imaginacion, y la suspension de las impresiones esternas. «Mientras está fija la atencion, dice, no se verifican las falsas percepciones sensoriales; pero se hacen manifiestas en el momento que se abandona á sí misma la imaginacion como sucede durante las ilusiones de una persona despierta, los ensueños de la dormida, etc.»

Tales son los principales hechos invocados por M. Baillarger para establecer su teoría de las alucinaciones, que hemos presentado con alguna estension por la importancia del trabajo, y el talento y precision con que ha espuesto el autor sus ideas. Confesamos, sin embargo, que no estamos convencidos de la intervencion de los aparatos sensoriales en la produccion de las alucinaciones. Si nos atreviésemos á emitir una opinion sobre el particular, si nos fuese permitido comparar las alucinaciones con algun otro acto cerebral, diríamos que nos parecen análogas y aun idénticas á los ensueños; esta es una comparacion que han hecho ya otros, es una doctrina desarrollada perfectamente por M. Moreau en la obra que ha publicado este hábil médico sobre él haschisch.

Sea como quiera, conviene advertir por conclusion, que las alucinaciones no son en nuestro concepto un signo absoluto de locura; que hay muchas alucinaciones que sobrevienen en sugetos de sano juicio y que tienen idea de su error. Verdad es, que en estos casos, se necesita que esté impresionado el cerebro de cierto modo; pero es importante no confundir estos sugetos, en quienes conserva todo su imperio la voluntad, con los que padecen alucinaciones que creen reales, y que son en ellos causa de ciertas ideas, y móvil de ciertas acciones. No creemos que estos últimos puedan considerarse como dotados de completo juicio, sea cual fuere el estado de su inteligencia, su genio y sus virtudes. Antes por el contrario, puede decirse que han traspasado el umbral de la locura, y que si avanzan un paso mas, no habrá diferencia entre ellos y los locos de atar. En efecto, ver cosas que no existen, conversar con seres sobrenaturales ó imaginarios, oir sonidos armoniosos cuando reina el mayor silencio, percibir olores cuando no hay ningun cuerpo odorífero, y estar convencido de todo esto, son trastornos que indican necesariamente una modificacion morbosa del cerebro. Todos los argumentos del mundo no podrán jamás convencerme de que estos son actos de razon, ni establecer que está en su juicio un sugeto que sueña estando despierto.

Delirio agudo.—Esta es la ocasion de decir algo acerca de una de las for-

mas mas violentas del delirio agudo, que es menester considerar como una variedad de la manía, y sobre la cual M. Brierre de Boismont ha publicado un escelente trabajo inserto en el tomo XI de las *Mémoires de l'Académie de médecine*. Este delirio puede presentarse súbitamente, pero por lo comun se halla precedido por espacio de algun tiempo de una alteracion en el carácter y los hábitos de los enfermos, y sobreviene despues el trastorno de las facultades intelectuales. El delirio es entonces violento, casi siempre estrepitoso; los enfermos se entregan á actos de violencia; hay necesidad de sujetarlos; la mayor parte padecen alucinaciones é ilusiones; casi todos se niegan obstinadamente á beber, y por último, están siempre calenturientos. Despues de cinco, seis ó siete dias, ó una ó mas semanas de una escitacion muy viva, los enfermos se abaten, el pulso se deprime, la lengua se pone seca, y sobreviene la muerte en un coma. Pero en la autopsia no se nota por lo comun ninguna lesion en los centros nerviosos que esplique los desórdenes observados durante la vida. Cuando la enfermedad tienen un feliz desenlace, los individuos recobran inmediatamente la salud sin transicion; otras veces solo desaparece la calentura, pero el delirio persiste, y los enfermos ofrecen todo el aparato de síntomas de la enajenacion mental bajo su forma ordinaria.

Curso de la locura.—En algunos casos estalla de repente la locura, como sucede generalmente cuando sobreviene á consecuencia de una causa violenta, como una fuerte conmocion moral ó un esceso en la bebida de los alcohólicos. Generalmente empieza de un modo lento y gradual; hay una especie de período de incubacion, durante el cual sobrevienen diversas modificaciones en el carácter y costumbres del sugeto. Unos están inquietos, agitados, irritables, habladores: otros, tristes y preocupados, huyen de la sociedad y del bullicio. Sugetos hasta entonces sóbrios, arreglados, económicos y de buenas costumbres, se vuelven intemperantes, borrachos, y de vida desarreglada. Estas variaciones sorprenden, asombran; pero si el sugeto no ha estado ya loco, es raro que se atribuyan á un trastorno mental. Por lo demás, generalmente gozan estos sugetos de buena salud, y solamente suelen quejarse algunos de cefalalgia, y mas comunmente de insomnio. Pero bien pronto se ven asediados de ideas estravagantes, singulares, que les preocupan, si bien todavía pueden desecharlas. Este período, esta especie de incubacion, puede durar meses y hasta años enteros; despues los desgraciados pierden completamente el juicio por una ligera contrariedad ó por una causa casi insignificante. En algunos casos empieza la locura de repente y con tal intensidad, que simula al principio una meningitis, y solo al cabo de muchos dias de observacion es cuando se puede fijar la naturaleza de la enfermedad. Pero comunmente se pierde el conocimiento menos de repente, y no hay mas síntomas físicos que inapetencia, constipacion é insomnio. Una vez declarada la enfermedad, casi siempre sigue un curso continuo, y tiene, segun Esquirol, tres períodos bien marcados: el primero agudo, con síntomas concomitantes; el segundo crónico, que casi nunca va acompañado de síntomas agenos al delirio; por último, el tercero es el de declinacion. Muchas veces tiene la locura un curso remitente, en cuyo caso los desórdenes cerebrales presentan exacerbaciones y remisiones por lo comun irregulares, pasan los enfermos de un delirio á otro, varian las alucinaciones. Por lo regular, sobrevienen estas exacerbaciones sin causa apreciable; en las mujeres suelen obser-

varse en los períodos menstruales; tambien suelen producir el mismo efecto las contrariedades vivas y una temperatura elevada. Algunos han creido, con Daquin y Dubuisson, que las fases de la luna ejercian en el curso de la locura una accion real; pero esta opinion, refutada por Cox, ha sido tambien mas bien rebatida que confirmada por Esquirol, que dice, que si algunas enfermos están mas agitados en luna llena, es porque entra una claridad muy viva en sus habitaciones. Por último, puede ser intermitente la locura, y Esquirol admite la cotidiana, terciana, cuartana, mensual y anual. Hemos dicho que en la locura se reemplazaban las diversas formas de delirio; y ahora debemos añadir con Esquirol, que se complican muchas veces para formar compuestos binarios y ternarios; asi es que la lipemanía se complica con la manía y la demencia con la manía y la monomanía.

Complicaciones y *enfermedades incidentales.*--La locura, por mas que Mason Cox diga lo contrario, no pone al abrigo de ninguna de las enfermedades intercurrentes epidémicas: muchas veces se complica con afecciones incidentales estrañas al sistema nervioso, como puede verse leyendo el notable artículo que M. Calmeil ha insertado en el tomo II del *Dictionnaire de médecine*, y sobre todo el tratado completo que un médico distinguido, M. Thore, ha publicado recientemente en los *Annales médico-psicologiques*. Estas enfermedades incidentales tienen una influencia mas ó menos marcada sobre la locura, bien sea, dice Esquirol, suspendiendo su marcha, bien haciéndola cesar (lo que es muy raro), ó bien ocasionando la muerte de los enajenados.

En todos los casos necesitan una atencion especial, pues con frecuencia se oponen á su diagnóstico numerosas dificultades. Los conmemorativos faltan de una manera completa; muchos enfermos acusan males imaginarios, y otros disimulan enfermedades reales. La misma afeccion tiene á menudo una marcha sorda, insidiosa, latente. Es, pues, preciso, lo mismo en los adultos que en los viejos, fijar la atencion en las mas mínimas modificaciones sobrevenidas en los hábitos y en el estado general, pues no es raro ver á individuos atacados de enfermedades agudas, de una neumonía, por ejemplo, hasta el punto de terminarse por la muerte, levantarse aun, andar y comer. Con razon insiste M. Thore en estos varios puntos, y remitimos al lector á su libro para la solucion de las cuestiones especiales que presenta el estudio de las enfermedades incidentales en los enajenados.

Muchos de estos esperimentan, ademas de la locura, diversos accidentes en su sistema nervioso, como congestiones cerebrales, movimientos convulsivos, ataques de epilepsia y de histerismo, y finalmente la parálisis progresiva, de que hemos hablado precedentemente, que es la mas temible de todas. Las afecciones de los locos, dice M. Calmeil, se asemejan generalmente por su asiento, naturaleza, formas, etc., á las de los sugetos dotados de un sano juicio: únicamente el delirio suele producir á veces algunas modificaciones en el modo de desarrollarse los síntomas, y en su curso y terminacion; pero no podemos insistir mucho sobre este punto.

Duracion y terminaciones.—La locura que se cura tiene una duracion variable. Cuando sobreviene á consecuencia de escesos en las bebidas alcohólicas ó de un ataque de epilepsia, termina comunmente al cabo de algunas horas ó dias ó cuando mas á las pocas semanas. Por otra parte, Pinel cita la observacion de

una mujer que, despues de haber estado furiosa de continuo por espacio de veinte y cinco años, se curó sin embargo despues de este largo intervalo; pero estos casos son escepcionales, y debe decirse que la mayor parte de las curaciones; es decir $^{11}/_{12}$, segun Georget, se efectúan en el curso de dos años. Pinel fija la duracion media de la locura que se cura, en cinco meses para la manía, y seis para la lipemanía, y Esquirol la cree de un año poco mas ó menos.

Rara vez se recobra la razon de repente. Si esto sucede, es á consecuencia de una conmocion viva, de la reaparicion de las reglas, ó en la convalecencia de una enfermedad aguda ó crónica. Casi siempre es lenta la curacion. Los enfermos se ponen mas tranquilos; vá disminuyendo el número de sus ideas falsas; piensan en sus parientes y amigos, desean verlos; tienen conocimiento de su estado; duermen; la fisonomía recobra su espresion; vuelven á engordar; finalmente, poco á poco se restablece el estado fisiológico. Estos cambios satisfactorios casi siempre se verifican sin que se pueda comprobar de una manera evidente la influencia de ningun movimiento crítico. La convalecencia puede durar algunas semanas ó muchos meses. Hay enfermos que, una vez curados, continúan todavía por espacio de algun tiempo algo tristes, susceptibles é incapaces de dedicarse á un trabajo sostenido, lo cual nada tiene de estraño. Pero es preciso desconfiar de las convalecencias en que los sugetos conservan todavía algunas extravagancias en su carácter y prevenciones contra sus parientes, porque en semejantes condiciones son muy frecuentes las recidivas. La locura es en todos los casos una de las enfermedadeen que se recae con mas frecuencia, y tanto las recaidas como las recidivas parecen ser mas comunes en la clase pobre, porque la acomodada se encuentra, despues de la curacion, en condiciones mas favorables. Una de las terminaciones mas comunes de la locura es su paso al estado crónico, y luego á demencia.

La locura simple casi jamás ocasiona la muerte: sin embargo, en algunos casos de manía aguda, los enfermos, constantemente agitados y privados del sueño, enflaquecen, se desmejoran y mueren al cabo de uno ó dos septenarios, sin que la autopsia esplique los síntomas, ni la terminacion tan rápidamente funesta. Muchos enajenados mueren á consecuencia de algun accidente; pero la mayor parte sucumben de resultas de enfermedades incidentales ó de la parálisis general. En suma, la locura abrevia sensiblemente la vida. Esta es una proposicion que las investigaciones de Monro, Greding, Crichton, Ellis y Georget han puesto fuera de duda.

Diagnóstico.—En el mayor número de casos no ofrece la menor dificultad el diagnóstico de la locura, aunque empiece de repente y con violencia. Casi siempre se distinguirá de una flegmasia de las meninges y del cerebro, y de los delirios sintomáticos, por la falta de calentura, que aun en los pocos casos en que existe es siempre pasagera, por no haberse debilitado las fuerzas, por la espresion de la fisonomía, y atendiendo al estado funcional y al curso que sigue el trastorno intelectual. Como los locos suelen tener momentos lúcidos, y algunos de ellos conocen su estado, se sigue de aquí que puede equivocarse el médico y desconocer la locura. En tales casos será preciso hacer muchas preguntas al enfermo, especialmente sobre los puntos principales de su delirio. Se investigarán sus antecedentes, sus hábitos y costumbres; se le hará escribir; se in-

terrogará á las personas que viven con él, y si necesario fuese, se le someterá á una observacion minuciosa por espacio de algunos dias. Jamás debemos fallar de ligero: en la duda, no se mandará encerrar al enfermo, pero se le observará de modo que, si realmente está loco, no pueda lastimarse ni hacer daño á otros.

Pronóstico.—La locura es siempre una enfermedad grave; pero hay varias circunstancias que agravan mas y mas el pronóstico. Las probabilidades de curacion disminuyen con el número de años; asi es que Esquirol dice que, despues de los cincuenta, se cuentan pocas curaciones, al paso que son frecuentes de los veinte á los treinta. El primer acceso se cura mas pronto que el segundo, y puede decirse por punto general que es tanto mas grave la enfermedad, cuanto mayor ha sido el número de recidivas. Si es hereditaria se considerará todavía mucho mas grave. La manía parece que se cura mas pronto que la monomanía, y principalmente que la lipemanía; la locura con ideas de grandeza es una de las mas rebeldes. La demencia es la forma mas grave, y cuando llega á cierto grado es incurable. Cuando existen síntomas de parálisis, no hay esperanzas de buen resultado. El hábito de emborracharse, la masturbacion y los accesos epilépticos, son antecedentes siempre de mal agüero. Las locuras puerperales, y generalmente la mayor parte de las que se declaran de repente, se curan mas pronto y en mayor número que las que sobrevienen lentamente. La primavera y el otoño son las dos estaciones en que, segun Esquirol, se ven mayor número de curaciones. Son grandes las probabilidades de que se cure en los dos primeros años, y luego van disminuyendo á proporcion que se alarga el mal. Esquirol dice que pasados tres años, la probabilidad de curacion solo es de uno á treinta. A los diez años apenas deben quedar esperanzas; sin embargo ya hemos dicho que la razon podia recobrarse despues de un tiempo mucho mas dilatado, y recordaremos aquí el caso que refiere Pinel, en que la enferma recobró de improviso la salud despues de veinte y cinco años.

Etiología.—De todos los datos estadísticos publicados hasta el dia, puede deducirse que la locura, muy rara en la infancia y aun hasta los quince años, se hace comun despues de los veinte, adquiere su máximun de frecuencia de treinta á cuarenta, y disminuye despues progresivamente hasta la vejez, en la cual solo se observa esa especie de degradacion intelectual llamada *demencia senil.* No está probado que la locura sea, como se dice, sensiblemente mas comun en la mujer que en el hombre; la proporcion debe, por otra parte, variar segun los paises. La trasmision hereditaria es una de sus causas mas frecuentes y poderosas, como se ha observado en la tercera parte de las mujeres admitidas en la Salitrería. Esquirol cree que asciende á una sesta parte en los pobres, al paso que el mismo la ha observado en mas de la mitad de los enfermos acomodados que admitió en su hospital de Ivry. ¿Deberá deducirse de esto que es mas frecuente la trasmision hereditaria en la clase rica que en la pobre, ó deberán atribuirse estos resultados diferentes á que en los hospitales públicos no siempre es posible obtener datos seguros acerca de la salud de los padres de los enfermos? Parece que la trasmision se verifica mucho mas fácilmente cuando el padre y la madre han padecido la enfermedad; es mas segura por procedencia materna, proposicion que no está conforme con los estados de MM. Thore y Aubanel, pero cuya exactitud se halla demostrada

por las investigaciones estadísticas de M. Baillarger y de M. Samuel Hare. Se ha dicho tambien que los niños estaban mas espuestos á padecer la enfermedad cuando habian sido engendrados despues de estar locos sus padres. Por último M. Moreau (de Tours) ha emitido recientemente la idea (1), que los niños predispuestos hereditariamente á la locura estaban tanto mas espuestos á ella, cuanto menos se parecian en su fisonomía al padre atacado de enajenacion mental, al paso que los que tienen con este una gran semejanza, conservan mucho mas tiempo la integridad de sus facultades mentales. Se necesitan ulteriores observaciones para hallar el fundamento de semejante doctrina. Algunos pretenden igualmente que los hijos de los borrachos se vuelven locos fácilmente, pero esta asercion no está aun demostrada. Tampoco es seguro que las conmociones morales de la madre, durante el embarazo, puedan producir el mismo efecto. El temperamento nervioso, irritable, una imaginacion ardiente y desordenada, una educacion viciosa que exalta ó embrutece la imaginacion, son causas que concurren á la produccion de la locura. En casi todas las estadísticas se encuentra mayor número de locos en los célibes. Aun no poseemos datos bastante seguros acerca de la influencia que ejercen las diferentes profesiones; está sin embargo admitido, que las que exigen una grande contraccion de espíritu, estudios sostenidos y prolongados, predisponen mas á la locura. Pero semejante proposicion no está todavía demostrada; y aun tal vez podamos decir, con Esquirol, que en los hombres de talento y de imaginacion viva no debe atribuirse la locura tanto á los escesivos estudios, como á los desórdenes en el régimen, que tan frecuentes son en ellos. En efecto, esta última causa es muy poderosa. A los escesos alcohólicos hay que agregar los abusos venéreos, y principalmente el onanismo; el mismo efecto producen la miseria y los tormentos que trae consigo. Estas causas reunidas esplican la frecuencia de la locura en las prostitutas, y por qué es mas comun la enfermedad en las ciudades grandes y especialmente en las manufactureras. Tambien se concibe, por la misma razon, por qué en igualdad de circunstancias son cuatro, cinco y aun seis veces mas frecuentes los casos de enajenacion mental en los presos que en los que están en libertad. Este hecho, sospechado ya por M. Baillarger, acaba de ser probado directamente por M. Lélut. No parece que sucede lo mismo con la esclavitud, pues de los documentos algo sospechosos sin embargo, publicados en América resulta, que en los paises en que hay negros, esclavos y libertos, es mayor el número de locos en estos. Sea como quiera, es indudable que la frecuencia de la locura está en relacion con las instituciones políticas; en donde se agitan las pasiones; en donde existen partidos y facciones; en los paises sujetos á frecuentes trastornos, que ocasionan mudanzas repentinas en la fortuna de los ciudadanos, deben encontrarse y se encuentran en efecto muchos locos. Esquirol ha demostrado que las ideas dominantes en cada siglo influian mucho en el número y carácter de las locuras. El verano es la época en que con mas frecuencia se observa esta enfermedad.

Son numerosas las causas escitantes de la enfermedad; hé aquí las principales entre las causas físicas, las contusiones del cráneo, una insolacion viva ó la accion de un frio intenso, los escesos alcohólicos y venéreos, los ataques de epilepsia y el estado puerperal. Este último es mas bien al parecer una causa predisponente que eficiente de la locura, pues como dice Georget, esta des-

(1) *Union médicale*. n.° 22 de 1852.

pues del parto no se presenta ordinariamente sino á consecuencia de una segunda causa, que puede ó no ser moral. Ciertas enfermedades agudas, como la erisipela facial, la neumonia y la fiebre tifoidea, son algunas veces causa determinante de la locura. Casi todas sus causas eficientes son sin embargo morales, tales como los reveses de fortuna, las penas, las pesadumbres domésticas, y las perturbaciones ocasionadas por fatigas, vigilias, estudios forzados, escrúpulos de conciencia, y el terror que inspiran ciertos sermones á los espíritus apocados. Muchas doncellas se han vuelto locas á consecuencia de una tentativa de violacion, y la supresion repentina de las reglas ha solido producir el mismo efecto.

Tratamiento.—Dos clases de medios emplea el médico para hacer recobrar al cerebro atacado de locura su estado fisiológico. Los unos consisten en dirigir la inteligencia y las pasiones del enfermo de manera que contribuyan á su curacion, y es el tratamiento *moral ó psicológico*. Los otros comprenden todos los medios tomados de la terapéutica, y constituyen el tratamiento *físico ó médico.*

1.° *Tratamiento moral.*—Todos los médicos prácticos en la asistencia de los enajenados aconsejan el aislamiento de estos enfermos, por graves y poderosas razones que pueden verse en la obra de Esquirol, que aconseja tambien esta conducta. Hay muchos motivos para que salvas algunas raras escepciones, se coloque á los enajenados en casas especiales mas bien que hacerles permanecer en habitaciones particulares. El aislamiento es decir, el secuestro del enajenado lejos de sus parientes y amigos, empezará desde que esté bien caracterizada la locura; y será tanto mas eficaz, cuanto mas pronto se recurra á él y mas completo sea. Sin embargo, si no es muy marcado el trastorno intelectual, pudiera ensayarse el hacer variar de lugar al enfermo, mandándole viajar. Pero este medio poderoso, cuya utilidad es mayor aun para completar el tratamiento, debe emplearse con prudencia, y será necesario que acompañe siempre en estos casos al enfermo un médico instruido.

Para dirigir convenientemente el tratamiento moral debe conocer el médico exactamente los antecedentes del enfermo, sus gustos, sus relaciones de familia, las causas probables de su enfermedad, y los objetos sobre que versa su delirio. Deberá manifestarle mucho interés, benevolencia y afecto, á fin de obtener su confianza; y despues atacará el desórden cerebral. Para esto se presentan diversos medios. Georget quiere que no se combatan directamente las ideas y opiniones extravagantes de los enfermos por medio del raciocinio, la discusion, la oposicion, la contradiccion, las chanzas, y las burlas; aconseja por el contrario, que se fije su atencion sobre objetos estraños al delirio, que se comuniquen al ánimo de estos desgraciados ideas y afecciones nuevas á beneficio de impresiones diversas: que se suscite, si es posible, una pasion en contraposicion á la pasion dominante, lo cual suele ser muy difícil. Leuret procede de la misma manera, pero con mas energía. Siendo casi inútiles los raciocinios, y no produciendo generalmente otro efecto que aferrarles mas en sus opiniones respecto de lo pasado, sostiene los raciocinios por medio de recompensas de premios, del temor y aun del dolor. Algunos combaten esta práctica; y en nuestro concepto sin razon. Se ha acusado principalmente á Leuret de emplear en todos los casos el dolor que ocasiona el chorro; pero esta acusacion es injusta;

por el contrario, este profesor reconoce que no en todos los casos es necesario, y aun dice, que el que para curar los enajenados no tuviese mas medio que la intimidacion, destruiria las escasas facultades intelectuales y morales que aún poseen los enfermos. Aconseja que se varien los medios morales segun los casos y el carácter de los individuos: el uno es sensible á los buenos procederes, otro á la lisonja, y otro al temor, y á cada uno es necesario atacarle por su flanco vulnerable. Cuando dominan la vanidad y la ambicion, es preciso saber poner en juego estas pasiones y hacerlas servir de contrapeso á las ideas del delirio. En muchos enfermos insociables y hasta estúpidos ha procurado Leuret para llamarles la atencion, producir en ellos deseos, y crearles necesidades para ensanchar su vida de relacion. Conviene leer y meditar su obra, pues aunque no todos los hechos que contiene son concluyentes, y en muchos hay motivos para dudar que la curacion sea completa y definitiva, quedan aun bastantes para probar las ventajas de su método, que exige si se ha de adoptar con éxito un tacto y una destreza que desgraciadamente no á todos es dado poseer. De lo dicho resulta, que lejos de lisonjear las ideas extravagantes de los enfermos, deben por el contrario combatirse enérgicamente. Hay sin embargo casos en que conviene obrar en sentido opuesto: por ejemplo, si un hombre se cree acusado de un crímen, y espera con ansiedad su sentencia, improvisando un tribunal que la dicte puede curarse. Otro cree que tiene arañas, ranas, escorpiones en la cabeza ó en el vientre, como han visto Ambrosio Pareo, Esquirol M. Charcellay, etc.; á estos se les tapan los ojos; se hace una pequeña incision en el tegumento ó se administra un purgante, se les enseña el animal causa de todos sus males, que se acaba de estraer ó que han arrojado por cámaras, y muchas veces se obtiene su curacion con este engaño.

Compónese ademas el tratamiento moral de todos los medios capaces de ocasionar una distraccion en las ideas que son objeto del delirio: tal es el trabajo manual ó intelectual, segun la clase de individuos, los viajes, los paseos, los juegos de todas clases y la música, ya sea que los enfermos se limiten á escuchar, ya que ellos mismos toquen algun instrumento.

2.° *Tratamiento físico.*—El tratamiento médico no tiene principios fijos. en que apoyarse. Se han empleado contra la locura una multitud de medios que se han ido abandonando sucesivamente. En otro tiempo se sangraba copiosamente, especialmente en la manía; pero Daquin, Pinel y Esquirol han combatido este método bárbaro, cuyo efecto era aumentar la agitacion de los enfermos y producir la demencia. Sin embargo, no conviene proscribir la sangría de una manera absoluta; pero solo se recurrirá é ella para combatir las congestiones cerebrales ó diversas otras complicaciones, ó bien con objeto de restablecer una hemorragia constitucional suprimida. Lo mismo que de las sangrías decimos de los purgantes y eméticos, que no deben administrarse sino cuando sea urgente la indicacion de evacuar. Las fuentes sedales y moxas, y el cauterio actual para nada sirven: alguna vez podrán emplearse como una derivacion por medio del dolor que producen, ó para combatir ciertas complicaciones. Estos medios por mas que se haya dicho en contrario, son inútiles contra la parálisis.

Los baños tibios son uno de los medios mas útiles en el tratamiento de la locura; casi siempre calman, pero deben ser de muchas horas y repetirse á

menudo; generalmente producen el sueño por la fatiga que ocasionan. A algunos enfermos les prueban mejor los baños frios. Tambien se han aconsejado los baños por inmersion y las afusiones frias para los que necesitan ser estimulados. El *chorro* casi debe proscribirse del tratamiento de la locura; es mas bien un medio de represion que un verdadero agente curativo. Lo mismo poco mas ó menos, diremos de la máquina rotatoria de Darwin que en Francia está muy poco en uso.

M. Brierre de Boismont, renovando una práctica que era hasta cierto punto la misma que Pomme seguia contra muchas neurosis, ha reportado al parecer buenos efectos, en el tratamiento de todas las formas agudas de la locura, y especialmente de la manía, del uso de baños tibios prolongados por espacio de 10, 12, 15 ó 18 horas. Los combina con baños de regadera á la temperatura de 15 grados, continuándolos en general mientras permanece el cuerpo sumergido en el agua, á no ser que los enfermos se queden completamente tranquilos, pero mas adelante los repite si la agitacion reaparece.

Fácilmente se concibe que se habrán empleado contra la locura todos los anti-espasmódicos y estupefacientes conocidos, pero estos medios no han correspondido á la confianza que habian inspirado. En el dia se ven casi generalmente proscritos: sin embargo, estamos muy lejos de participar de las prevenciones que conservan algunos aun contra el opio, que á Wepfer le ha producido diferentes veces buenos resultados contra la manía. Sea como fuere si no se quiere administrar como medio curativo, nada hay que contraindique su uso para combatir el insomnio ó calmar un dolor intenso. Parece que el doctor Moreau ha conseguido tambien buenos resultados con el *datura stramonium* contra las alucinaciones (2 á 4 granos, y luego 6 en una porcion); sin embargo, aun no está bien demostrada su utilidad. Los tónicos, como la quina, los ferruginosos y los amargos podrán ser útiles en los sugetos débiles, anémicos. La quina tiene su aplicacion especial en las locuras intermitentes.

En el delirio agudo, cuya historia ha trazado M. Briérre de Boismont, debe sacarse sangre, pero con prudencia, ó prescribir algunos baños tibios con afusiones ó sin ellas, y emplear con perseverancia los revulsivos cutáneos ó intestinales.

Despues de obtenida la curacion, se precaverán las recidivas colocando al convaleciente en las mejores condiciones posibles; y alejando de él todas las causas capaces de reproducir la locura. En este caso son muy útiles los viajes y toda clase de distracciones.

Para los dementes paralíticos, no hay mas tratamiento que el paliativo. Es necesario combatir la constipacion y rodear á los enfermos de las mejores condiciones higiénicas posibles. Los revulsivos muy enérgicos empleados por algunos, tienen poca eficacia. Los dementes paralíticos están sujetos á congestiones cerebrales y á movimientos convulsivos, y estos accidentes deberán combatirse por medio de revulsivos cutáneos é intestinales y emisiones sanguíneas; pero este último medio debe usarse con sobriedad y prudencia. M. Fouville ensalza para semejantes casos el emético á alta dosis.

Digamos para concluir, que algunos enajenados se niegan á comer y beber con una obstinacion que no puede vencerse. En tales casos debe procederse á la alimentacion obligada, sirviéndose de la sonda esofágica, felizmente modi-

ficada por M. Baillarger, la cual se introduce por las fosas nasales. Conviene decir aquí que segun el consejo que da M. Pressat, deben excluirse los feculentos que pasan sin ser digeridos probablemente porque no han esperimentado de antemano la accion de la saliva.

DE LA HIPOCONDRIA.

Sinonimia.—Afeccion vaporosa, vapores, enfermedad imaginaria.—*Hipocondria* se deriva de que por espacio de mucho tiempo se ha creido que la enfermedad tenia su sitio en los órganos que ocupan los hipocondrios.

La hipocondría es una especie de monomanía triste, caracterizada por una preocupacion escesiva y casi incesante de la salud, en la que individuos sanos, ó afectados solamente de una enfermedad leve, se creen acometidos de un mal grave, y espuestos á una muerte segura y mas ó menos inminente. La hipocondría es, pues, como ha dicho el doctor Michéa, la exageracion, la exaltacion del deseo de conservacion.

Historia.—Algunos párrafos de Hipócrates, en el libro segundo *De morbis*, se refieren indudablemente á la hipocondría. La descripcion mas exacta que nos han dejado los autores antiguos es la de Diocles de Caristo. Galeno, que nos la ha trasmitido, la ha amplificado y completado. Todos los demás autores que se han sucedido hasta el renacimiento, han copiado á Galeno, modificando únicamente la teoría de este grande hombre. Willis dió principio á una nueva era, á un período de progreso, localizando la enfermedad en el cerebro; pero desgraciadamente muchos de sus sucesores no han seguido el impulso que él habia dado: tales fueron principalmente Sydenham, Stahl, Boerhaave y Van-Swieten. No sucedió lo mismo con F. Hoffmann que, prescindiendo de algunas ideas especulativas, dió una de las mas exactas descripciones de la hipocondría, y la distinguió de la afeccion histérica. A mediados del siglo último aparecieron una multitud de trabajos especiales, entre los cuales merecen mencion particular el de Pomme y el de R. Whytt. Desde entonces no se ha entibiado el celo de los médicos, especialmente en Francia; asi es que en 1802 se publicó la obra, algo vieja ya para el tiempo actual, de Louyer-Villermay; despues aparecieron las investigaciones de Georget y de M. Falret, que aun hoy pueden consultarse con fruto, y hace poco se ha enriquecido la ciencia con otras dos obras, una de M. Brachet, que tanto ha esclarecido el estudio de varias neurosis, y otra debida á M. Michéa. Ultimamente debemos citar honoríficamente el tratado de M. Fed. Dubois, titulado: *Histoire philosophique de l'hipochondrie et de l'hysterie*, desde cuya publicacion han trascurrido ya veinte años. En cada una de sus páginas brilla un gran talento de observacion y un espíritu filosófico que se encuentra hoy difícilmente.

Anatomía patológica.—En la hipocondría simple, no se encuentra en ninguna parte, y menos en los centros nerviosos, lesion alguna apreciable: sin embargo, cuando es muy antigua, suelen encontrarse, especialmente en los órganos torácicos ó abdominales, diversas alteraciones inflamatorias y orgánicas, que no son, como luego veremos, mas que complicaciones accidentales de la neurosis cerebral.

Síntomas y curso.—Al principio solo presentan los pacientes un trastorno

puramente mental: asi es que estos sugetos, aunque enteramente sanos, sienten de pronto inquietudes acerca de su salud; se creen afectados de tal ó cual enfermedad grave; tienen presentimientos siniestros; preguntan á médicos y á curanderos; leen con afan las obras de medicina, y siempre encuentran en sí los síntomas característicos de alguna enfermedad grave: tal le sucedió á Juan Jacobo Rousseau, que despues de haber leido diversas obras de anatomía y de patología, se creyó afectado de un pólipo del corazon. Han observado los autores que la mayor parte de los hipocondriacos empezaban á tener aprension del estado de sus órganos digestivos; todo les inquieta; creen ver indicios de una enfermedad grave en la capa que suele presentar la lengua por la mañana en ayunas. Algunos se alarman hasta de la conformacion mas natural; las pápilas de la lengua se les figuran vegetaciones venéreas ó signo de flogosis del estómago; la campanilla es, en su concepto, una escrecencia que acabará por ahogarlos. Muchos se ocupan principalmente del residuo de las digestiones; ¿podrá creerse que hay monomaniacos que no solamente examinan y huelen las heces ventrales, sino que tambien las prueban? Los órganos respiratorios y circulatorios son, despues de los digestivos, los que mas llaman su atencion: asi es que muchos de estos desgraciados se creen tísicos, y otros afectados de una enfermedad orgánica del corazon. Algunos, aunque en corto número, sospechan afecciones de los riñones, de la vejiga y de la próstata; si tienen algunas poluciones nocturnas se consideran atacados de blemorragia ó afectados de pérdidas seminales; las mujeres creen tener un carcinoma del útero. Los hipocondriacos, cuya atencion se dirige especialmente á la cabeza, dirán que van á volverse locos ó á perder la memoria; que van á quedarse paralíticos ó les va á dar un accidente apoplético; que tienen calenturas cerebrales; que tienen la cavidad del cráneo vacía ó llena de agua; que padecen hidrofobia (Michéa): otros, en fin, no pueden desechar la idea de que se hallan inficionados del virus venéreo. Tal es el primer período de la hipocondría. Vemos, pues, que hasta aquí nada hay orgánico: la enfermedad consiste únicamente en una perversion de la accion cerebral, en un desórden mental, que puede persistir solo por espacio de diez, veinte, treinta ó cuarenta años.

A fuerza de creerse enfermos y de concentrar su accion sobre algun órgano, llegan al fin los hipocondriacos á esperimentar mas ó menos pronto verdaderos trastornos funcionales, es decir, una verdadera enfermedad. Asi es que, despues de haber tenido aprension por espacio de mucho tiempo de que padecen sus órganos digestivos, despues de haber tomado muchos tónicos si los creen debilitados, ó emolientes si los suponen inflamados, llega el hipocondriaco á hacer las digestiones muy lentamente y con dificultad, á tener dispepsia ó algun otro de los accidentes que caracterizan las neurosis de las vías digestivas. El que suponia sus males en el sistema circulatorio ó respiratorio, esperimenta pulsaciones de corazon fuertes, precipitadas y aun irregulares, como lo prueba un caso notable observado por Valsalva: ademas sienten opresion. Pero en estos casos, como dice Michéa, suele ser enteramente mecánica la disnea, y proviene de que por temor hacen los enfermos inspiraciones incompletas. Tambien se concibe por qué los hipocondriacos que se creen afectados de la cabeza, se quejan de cefalalgia, insomnio, etc. Resulta, pues, que en este segundo período de hipocondría, se encuentran, ademas de los accidentes cerebrales que hubo en el

primero, diversos trastornos, por lo comun puramente funcionales, puramente nerviosos, en los órganos que mas particularmente llaman la atencion de los enfermos.

Por último, bajo la influencia de estas preocupaciones tristes y del régimen que adoptan los enfermos, y tal vez tambien á consecuencia de las neurosis de que están afectados, se ve que los órganos, que al principio solo presentaban trastornos puramente funcionales, se hacen mas tarde el asiento de diversas lesiones orgánicas, como tubérculos, cáncer, etc.

No siempre se observan necesariamente los tres períodos que hemos descrito de acuerdo con Dubois : antes por el contrario muchas veces no pasa la enfermedad del segundo y aun del primero. Pero en estos casos, sea cual fuere el género de preocupacion, están los enfermos recelosos, inquietos y displicentes; son inconstantes en sus afectos; todo les incomoda; no se puede tratar con ellos; se quejan sin cesar, y dicen estar muy disgustados de la vida; algunos invocan la muerte, pero pocos se suicidan, y todos reclaman con afan los consejos de un facultativo; muchos asisten á las cátedras de medicina y leen libros de la facultad. Pero lo mas notable es que, á pesar de sus quejas y pretendidos padecimientos, la mayor parte tienen todas las apariencias de escelente salud. Asi es que, como dice muy bien Dubois, lo que llama la atencion en los hipocondriacos, es la multiplicidad, la variedad y movilidad de los desórdenes; son los padecimientos escesivos puestos en oposicion con el poco riesgo de su estado y las apariencias esteriores de una salud floreciente.

En el curso de la hipocondría se observan exacerbaciones y remisiones; las conmociones morales, las pasiones tristes, la vista de personas enfermas, la narracion de una enfermedad, etc., agravan por lo comun la afeccion. Por el contrario, un viaje, una pasion, los negocios, distrayendo á otro objeto la atencion, producen una derivacion útil. Esto fue lo que le sucedió á Rousseau que, yendo á pié de París á Montpeller á curarse de una afeccion del corazon, se olvidó de que estaba enfermo durante las placenteras distracciones que encontró en su viaje con Mad. Larnage, y no se acordó de sus males, dice en sus *Confesiones*, hasta llegar á Montpeller.

Duracion y terminaciones.—La hipocondría es enfermedad larga, que dura á veces toda la vida, pero que suele curarse con mucha frecuencia cuando no ha llegado al tercer período: desgraciadamente, lo mismo que todas las demás neurosis, está muy espuesta á recidivas. Es raro que se vuelvan enteramente locos los enfermos: sin embargo, muchos llegan á padecer alucinaciones.

Diagnóstico.—Imposible es que ningun médico instruido confunda la hipocondría simple ó sus dos primeros períodos con una afeccion orgánica de la cabeza, del pecho ó del vientre. Ademas, como los hipocondriacos tienen comunmente todas las apariencias de salud, á pesar de las descripciones alarmantes que hacen de sus padecimientos, y como sus declaraciones no están confirmadas por la manifestacion de los síntomas propios de las enfermedades que suponen tener, deberá desecharse toda sospecha de una afeccion grave. No se confundirá la hipocondría con la melancolía, con la lipemanía, porque los hipocondriacos no se ocupan mas que de su salud, al paso que las ideas tristes de los melancólicos se refieren, como ya hemos visto, á objetos muy diversos. Los primeros, aunque desvarían sobre un punto, pueden generalmente dedicarse á sus

ocupaciones; mientras que los segundos, desvariando sobre muchos objetos, y no teniendo conocimiento de su estado, no pueden continuar en sociedad. Finalmente, los hipocondriacos temen morirse y se cuidan mucho; los melancólicos piden la muerte, y muchas veces atentan contra su vida. El esplin (spleen) ó enfermedad negra de los ingleses, no es la hipocondría, porque los enfermos no se quejan de ningun mal; pero, exentos de penas y estragados por los placeres, incapaces ya de ninguna conmocion, se suicidan por librarse de su tedio que les pesa como una carga, se matan por estar cansados de vivir.

Pronóstico.—La hipocondría es una afeccion grave, porque envenena la existencia del hombre. Cuando sobreviene por causas que es fácil remover, se triunfa de ella con bastante facilidad; pero si dura mucho tiempo, y principalmente si reconoce por orígen una predisposicion hereditaria, rara vez es curable.

Etiología.—La hipocondría es una enfermedad ciertamente hereditaria; pero parece serlo en menor grado que la locura propiamente dicha. Mucho mas frecuente en el hombre que en la mujer, acomete al primero, con especialidad de los 35 á los 45 años, y á la segunda hácia la edad crítica. Es rara en los jóvenes y enteramente desconocida en la infancia; se cree que están mas espuestos á ella los célibes. Se han emitido las ideas mas contradictorias acerca de la influencia que ejercen los diversos climas en la produccion de la enfermedad: asi es que Hoffmann y Reveillon sostienen que es mucho mas frecuente en los paises frios; Van-Swieten, Bosquillon y Georget son de opinion contraria; pero hasta ahora no poseemos ningun estudio comparativo. Por otra parte, aunque hubiese diferencia entre el Norte y Mediodía, habria que averiguar si depende únicamente del clima, ó si es mas bien debida á los hábitos y modo de vivir, á las instituciones políticas y religiosas, á la educacion; circunstancias todas que pueden tener una parte mas ó menos activa en el desarrollo de la afeccion. Asi es que se ha dicho, con algun viso de razon, que una educacion afeminada, que la falta de creencias religiosas, el materialismo, el sensualismo y el escepticismo, que desarrollan estraordinariamente el amor *del yo*, debian favorecer la produccion de la hipocondría. Se ha supuesto tambien que era mas comun en los paises que tienen instituciones republicanas ó un gobierno representativo, porque en ellos hay mas ambiciones y son mas frecuentes esas mudanzas repentinas de posicion y fortunas, y el paso rápido de una vida agitada á un reposo absoluto. Esto se aplica igualmente en todos los paises á todos los hombres de inteligencia y actividad, á los militares, á los funcionarios que cuando están en reposo suelen muchos de ellos volverse hipocondriacos. Lo mismo sucede con los marinos, no solo cuando se retiran, sino tambien en las largas travesías; y con los comerciantes enriquecidos que, como dice Michéa, no tienen el recurso de pensar, y en quienes la ocupacion de su persona reemplaza á la ocupacion de los negocios. Otro tanto puediéramos decir de los oficinistas. Tambien están muy espuestos á la hipocondría los literatos, los poetas, los artistas y generalmente todos los que ejercen una profesion que escita la imaginacion. ¿Hay alguna diferencia entre ellos y los que se ocupan de cosas abstractas? hasta ahora no se sabe: pero, sea como quiera, puede asegurarse, que entre todas las profesiones liberales, no hay ninguna que cuente menos hipocondriacos que la medicina.

Todo lo que precede esplica por qué la hipocondría es una enfermedad que afecta casi esclusivamente á la clase rica. Es, como suele decirse, uno de los

percances de la fortuna. Por último, diremos que el trato con los hipocondriacos, la lectura de obras de medicina, la masturbacion y la mayor parte de las circunstancias que enervan, debilitan el sistema nervioso, son en gran número de casos causas predisponentes, pero que algunas veces obran tambien como eficientes.

Tratamiento.—Ante todo es necesario determinar si la hipocondría es simple ó está complicada con una alteracion funcional ú orgánica: en este último caso hay que combatir primero la complicacion; y si despues de haber triunfado de ella persiste la hipocondría, se recurre á medios especiales tomados principalmente de la higiene. Se procurará llamar la atencion del sugeto á objetos distintos del que habitualmente le ocupa, y para conseguirlo conviene variar del todo sus costumbres. Si los enfermos están aislados, por ejemplo, se les hará entrar en sociedad; si están ociosos, se les buscará alguna ocupacion; se cuidará de que ejerciten su imaginacion sin fatigarla; se seguirán los consejos de Celso, que queria que ejercitasen su memoria y que olvidasen su idea dominante. Se les aconsejará que paseen á pié ó á caballo, y que se dediquen á diversos ejercicios manuales segun la inclinacion de cada uno: unos se dedicarán á la caza, otros á la jardinería, otros á un arte mecánico, ó á ciertos juegos, como el villar, cartas, etc. Tambien son un poderoso auxiliar los viajes. Ultimamente, es preciso que los que viven con los enfermos no hagan nada que les recuerde sus ideas, y que por el contrario, procuren distraerles con su conversacion y su alegría. El médico tambien debe contribuir por su parte; debe procurar granjearse la confianza del enfermo, para lo cual es preciso no burlarse de él, ni dudar de sus males, sino compadecerle, asegurándole que solo padece una enfermedad benigna y que el arte posee medios para combatirla eficazmente. Se ha aconsejado en los casos de preocupacion muy escesiva, provocar alguna afeccion algo grave, como una erupcion cutánea, una estomatitis mercurial, etc. para distraer á los enfermos de sus pensamientos habituales. No se debe recurrir á semejantes medios sino en casos de absoluta necesidad. Se ha discutido mucho si convenia ó no que los hipocondriacos tuviesen relaciones sexuales; pero no creemos que deba sentarse ningun principio absoluto sobre el particular, y que deberá procederse con arreglo á las fuerzas, hábitos y necesidades de los sugetos.

Los agentes farmacéuticos son inútiles por sí mismos para modificar el estado intelectual; pero se administrarán con objeto de combatir las complicaciones, las afecciones nerviosas ú orgánicas que han podido producir la hipocondría, y que mas comunmente son consecuencia de ella. Nos es imposible acerca del particular entrar en pormenores.

Asiento.—Generalmente se ha considerado la hipocondría como una afeccion que reconoce por causa una lesion de una de las vísceras del abdómen, y especialmente del estómago, bazo, hígado ó vena porta. Muchos han invocado la influencia de los espíritus animales. Willis, principalmente, que admitia esta idea, creia que la causa de los accidentes era la irregularidad del curso de aquellos, mas bien que el mal estado de los órganos digestivos. Esta opinion, reproducida con mas precision por Cullen, ha sido apoyada por autores contemporáneos, que la han despojado de toda idea hipotética. Georget, MM. Falret, Dubois, D' Amiens y otros están conformes en considerar la hipocondría

como un trastorno cerebral primitivo, y no es posible dejar de admitir esta opinion cuando se ve cómo empieza la hipocondría y el curso que sigue. Sin querer entrar de nuevo en ninguno de los pormenores que hemos espuesto anteriormente, recordaremos que la hipocondría comienza comunmente hallándose el sugeto sano, por una preocupacion triste, por una idea extravagante. Sin embargo, algunas veces es consecutivo el trastorno cerebral á un padecimiento real, en cuyo caso este solo hace el papel de una causa escitante; pero el principio de la enfermedad, aun en este caso, queda absolutamente el mismo.

DEL IDIOTISMO.

El idiotismo es un estado siempre congénito, que consiste en la falta de desarrollo ó en el desarrollo incompleto de las facultades intelectuales, morales y afectivas.

Anatomía patológica.—Por espacio de mucho tiempo se ha creido que todos los idiotas presentaban algun vicio de conformacion del cráneo. Esquirol, desde principios de este siglo, y posteriormente M. Parchappe, han echado por tierra esta proposicion esclusiva, y demostrado que el idiotismo no tenia forma ni capacidad peculiar del cráneo, y que muchos idiotas presentaban bien conformada esta parte. M. Lèlut, uno de los médicos cuyos trabajos ejercen la mayor autoridad, ha publicado en la *Gazzette médicale* de 1837 investigaciones sumamente interesantes acerca del desarrollo del cráneo de los idiotas. Tomado de una manera absoluta y sin tener en cuenta la estatura, el desarrollo general del cráneo de los idiotas era algo menor que el de los sugetos de inteligencia ordinaria, y que los primeros no tenian menos desarrollada que los segundos la mitad frontal del cráneo. Tomando en cuenta la estatura de los idiotas, que es mas baja que la del comun de los hombres, se encuentra, dice Lèlut, que el desarrollo total del cráneo de los primeros, tomado en masa, es 6 ú 8 líneas mayor que el de los segundos, y que la anchura de la frente es 8 ó 9 líneas mayor que en los sugetos dotados de una regular inteligencia. Aunque las proposiciones de Lèlut se apoyan en un gran número de hechos, están de tal modo en oposicion con las opiniones admitidas hasta ahora, que antes de aceptarlas definitivamente hay que hacer nuevas investigaciones.

Se ha dicho que los idiotas tenian el cráneo mas ó menos alterado en su forma esterior; y aunque esto generalmente es cierto, reclama sin embargo numerosas escepciones. Estas alteraciones de forma varían mucho en los varios individuos, y ninguna de ellas es característica. Las mas frecuentes son la falta de simetría entre las dos mitades del cráneo, y el aplanamiento del coronal ó del occipital. Examinando comparativamente el peso del cerebro en los idiotas y en los que no lo son, ha encontrado Lèlut que pesaba cerca de $^1/_{13}$ menos en los primeros. Sin embargo, él mismo reconoce que no hay relacion directa y constante entre el desarrollo de la inteligencia y el peso del encéfalo, y que los diferentes grados de idiotismo no se miden tampoco por el peso del órgano ni por el de sus diversas partes tomadas aisladamente.

El cerebro de los idiotas puede estar regularmente conformado; pero comunmente presenta algun vicio de conformacion, como una falta de desarrollo

parcial ó general, ó bien hay falta ó destruccion de algunas de sus partes ó hidrocefalia, etc. Estas mismas lesiones se encuentran en el cráneo de los cretinos. A mi entender sin razon se ha querido hacer del derrame seroso el carácter anatómico del cretinismo, siendo asi que, propiamente hablando, no es mas que un accidente, una circunstancia accesoria. Las anomalías, los vicios de organizacion, la falta de desarrollo constituyen lo mismo en el idiotismo que en el cretinismo el único carácter anatómico.

Divisiones.—A ejemplo de Esquirol, clasificaremos los idiotas en dos grupos: en el primero colocaremos los *imbéciles*, en el segundo los *idiotas* propiamente dichos. Todavía pudiera hacerse otra clase para los *cretinos*.

1.° *Imbecilidad.*—Los imbéciles son por lo regular bien conformados, y su organizacion, dice Esquirol, difiere poco de la normal; gozan de las facultades intelectuales y afectivas, pero en un grado menor que el resto de los hombres; á veces no pueden desarrollarse estas facultades mas que hasta cierto grado. Son incapaces de atencion, tienen una memoria poco activa é infiel, y no pueden elevarse á ninguna idea abstracta. Algunos aprenden á leer, escribir ó un oficio; pero siempre es incompleta y muy limitada su instruccion en este punto. Los hay susceptibles de reconocimiento y amistad, pero en general son poco duraderas sus afecciones. En muchos están muy desarrollados los deseos venéreos, y suelen entregarse al onanismo con una especie de furor. Abandonados á sí mismos, se degradan fácilmente, se alimentan mal, están muy sucios y no guardan las reglas higiénicas; asi es que se altera su salud, se debilita la poca inteligencia que tenian, y sucede que un imbécil, conducido á un hospital, presenta al cabo de algunos años todos los caracteres del idiotismo.

2.° *Idiotismo.*—El idiotismo es el último término de la degradacion humana. En efecto, en este estado son casi nulas ó nulas del todo las facultades intelectuales y morales; solo persisten los instintos, y aun hay casos en que son tambien nulos. Los idiotas son regularmente mudos; su ansiedad es superior á toda exageracion; casi todos tienen una sensibilidad obtusa; muchos presentan desórdenes en la motilidad, especialmente una parálisis ó al menos una debilidad de ciertos músculos, lo cual hace que algunos de sus movimientos sean inciertos y hasta imposibles. Otros padecen neuralgias y contracturas. Muy pocos idiotas son sensibles á la música y susceptibles de retener y repetir algunas notas; apenas hay alguno que otro que aprenda, no á leer, sino á deletrear, y toda su ciencia se reduce por lo regular á conocer algunas letras del alfabeto. Los idiotas son tímidos, poltrones; son nulas regularmente sus facultades afectivas, y muchos de ellos son mal inclinados. Comunmente pueden comer solos, pero lo hacen sin limpieza y con voracidad. En el mayor número de casos hay que acostarlos, levantarlos, vestirlos y desnudarlos.

Cuando es mas completa todavía la degradacion, se asemejan los idiotas á unos autómatas: suelen estar dias enteros agazapados en un rincon; otros andan en cuatro piés; los que andan en dos lo hacen de un modo particular; los sentidos están mas ó menos obtusos y algunos abolidos ó pervertidos; la sensibilidad general puede estar tan alterada, que se han visto idiotas que han parido, sufrido operaciones dolorosas y grandes quemaduras, sin haber dado muestras de sentirlo, sin proferir la menor queja, y aun riéndose. No son susceptibles de ningun sentimiento, ni de amor ni de odio; la mayor parte no saben comer

solos; hay que introducirles los alimentos en la boca, y algunos hasta el esófago. Muchos de estos desgraciados son raquíticos y epilépticos.

3.° *Cretinismo.*—El crétinismo es una forma de idiotismo que reina endémicamente en ciertas localidades, especialmente en algunos valles de los Alpes y de los Pirineos, y que comunmente está acompañado de algunas deformidades esteriores, y con especialidad de una hipertrofia del cuerpo tiroideo (Véase *Bocio*). El doctor Cerise, hábil observador, que ha estudiado con mucho cuidado el cretinismo, ha demostrado que la cabeza de los cretinos carecia de simetría y estaba mal configurada; con mucha frecuencia ha encontrado una depresion supra-orbitaria ó fronto-temporal mas ó menos marcada. Sin embargo, el desarrollo del cráneo es por lo comun muy considerable, pues escede del término medio del de los demás sugetos. Los cretinos, segun M. Baillarger, son notables, no solo por una detencion de desarrollo en la evolucion cerebral, sino por haber en ellos un desarrollo incompleto, irregular y con frecuencia muy lento del organismo entero. Asi es que M. Baillarger ha visto en los Pirineos cretinos en los cuales á la edad de diez y ocho y hasta de veinte años no habia aun empezado la segunda denticion, ni presentaban señal alguna de pubertad. ¿Tiene este carácter, bastante constancia para constituir un rasgo distintivo del cretinismo? Ulteriores observaciones han de probarlo. De todos modos, para el cretinismo como para el idiotismo, se deben admitir diversos grados. Tambien pueden admitirse en los cretinos imbéciles é idiotas.

El idiotismo es una afeccion necesariamente incurable y que abrevia mucho la existencia; la mayor parte de estos infelices mueren jóvenes; los imbéciles pueden llegar á una vejez muy avanzada, pero los idiotas de baja escala sucumben muy jóvenes y es raro que lleguen á veinte y cinco años. La mayor parte mueren tísicos, escrofulosos, ó á consecuencia de alguna afeccion de las vías digestivas, debida regularmente á su escesiva voracidad.

Diagnóstico.—Por espacio de mucho tiempo se ha confundido el idiotismo con la demencia; pero estos dos estados son esencialmente diversos, porque el idiotismo empieza con la vida, es una falta congénita de las facultades intelectuales y afectivas; al paso que la demencia es la suspension ó destruccion de estas facutades despues de desarrolladas. El hombre demente, dice Esquirol, es un rico que se ha quedado pobre; el idiota, por el contrario; siempre se ha visto en el infortunio y la miseria. De lo que dejamos dicho se infiere que en nuestro concepto no existe diferencia radical entre el idiotismo y el cretinismo.

Etiología.—Nada se sabe de positivo acerca de las causas del idiotismo; se ha supuesto que sobrevenia la enfermedad con frecuencia á consecuencia de tentivas de aborto, de golpes, de caidas sobre el abdómen, ó cuando las mujeres han tenido vivas conmociones morales durante el embarazo. Un parto difícil y la aplicacion imprudente del forceps se ha creido que podian producir el mismo efecto; pero no está demostrada la influencia de estas causas. En ciertos casos depende el idiotismo de una falta de desarrollo del cráneo ó del cerebro, ó de una destruccion parcial de este órgano, como ya lo hemos notado al tratar de la agenesia cerebral. El idiotismo es mas frecuente en las aldeas que en las ciudades; muchas veces constituye una afeccion hereditaria. Hemos dicho que podia reinar endémicamente en ciertos valles húmedos, en cuyo caso coincide casi siempre con el bocio. Mas no debe considerarse esta deformidad como causa

del idiotismo, sino como desarrollada bajo la influencia de las mismas condiciones que este último. Remitimos al lector á lo que dijimos al establecer que los bocios resultaban de causas múltiples. Añadamos ahora que las condiciones higiénicas no podrán hacer jamás de un cretino un individuo bien conformado; pero que este permaneciendo en la localidad en que el cretinismo domina, recibirá la aptitud de procrear hijos cretinos. El cretinismo es pues siempre una afeccion congénita.

Tratamiento.—Si bien no puede curarse el idiotismo, puede á lo menos el médico mejorar la posicion de los seres desgraciados que lo sufren. Deberá en primer lugar colocar á los idiotas en condiciones higiénicas favorables, darles un alimento nutritivo, tenerlos limpios y obligarlos á hacer ejercicio, como Itard aconsejaba. Al mismo tiempo procurará mejorar su estado intelectual por medio de la educacion. En esta empresa tan molesta como honrosa deben tomarse por guía los trabajos de Itard y de M. Seguin. En el tratado especial que este último ha publicado sobre la educacion de los idiotas, se lee no sin admiracion la serie de recursos que su espíritu ingenioso sabe oponer á los numerosos obstáculos que le presentan las naturalezas refractarias que combate.

En los paises en que el cretinismo es endémico, se ha aconsejado que se saquen los niños que de él adolecen fuera de la zona en que reina la enfermedad. Los buenos resultados que con este medio se han obtenido, deben alentarnos para perseverar en esta línea de conducta. Se puede mejorar la inteligencia de los cretinos como la de los idiotas. Esta es una mision que prosigue con éxito en este momento en el canton de Berne, el doctor Guggenbühl. Para purgar un país infestado de cretinismo, es necesario mejorar la higiene de los habitantes; ventilar, sanear, propagar con los medios de comunicacion, el trabajo y el bienester, y favorecer de este modo la connaturalizacion ó establecimiento de individuos vigorosos y bien constituidos, procedentes de localidades en que no reine el cretinismo.

CUARTO GÉNERO DE NEUROSIS.

NEUROSIS COMPLEXAS.

De la eclampsia de los niños.

Sinonimia.—Convulsiones de los niños, movimientos convulsivos, *insultus epilepticus*, *epilepsia puerilis.*

Hánse confundido bajo el nombre de eclampsia muchas enfermedades de la infancia que tienen por caracteres comunes los movimientos convulsivos. Pero en el dia conviene dar á esta espresion un sentido mas circunscrito y exacto, y destinarla esclusivamente á designar las convulsiones simpáticas ó idiopáticas distintas de la epilepsia, que no dependen de ninguna lesion material apreciable de los centros nerviosos.

Historia.—En todos tiempos han llamado las convulsiones la atencion de

los médicos. Querer hacer su historia desde Hipócrates hasta nuestros dias, seria hacer casi la de toda la medicina, y es ademas punto tratado con toda estension en el *Traité des convulsions de l'enfance* por el sabio médico M. Brachet. Esta obra de mucho mayor mérito que la que escribió Baumes sobre el mismo objeto á principio de este siglo, contiene multitud de hechos prácticos interesantes; pero creemos que muchas veces ha confundido el autor diferentes especies de convulsiones, y su crítica no siempre ha sido, á nuestro entender, bastante severa. Esta obra y la del doctor Zangerl, de Viena, son las únicas que hay modernas acerca de las convulsiones de los niños; pero en todas las naciones se han escrito acerca de estas afecciones una porcion de disertaciones y artículos, entre los cuales merece particular atencion el que MM. Guersan y Blache han publicado en la segunda edicion del *Dictionnaire de médecine.*

Anatomía patológica.—En los niños que sucumben despues de uno ó muchos ataques de eclampsia, no se encuentra alteracion alguna apreciable ni en el cerebro, ni en la médula, ni en sus membranas. A veces, sin embargo, se nota una congestion mas ó menos considerable en la sustancia encefálica, pero esta lesion no es constante; algunas veces están tambien engurgitados de sangre los pulmones, como en la asfixia; pero en el mayor número de casos, no solamente no da razon la inspeccion cadavérica de los accidentes observados durante la vida, sino que tampoco nos descubre cómo se ha verificado la muerte.

Síntomas y curso.—La eclampsia se manifiesta muchas veces de repente y sin causa conocida. En otros casos se han notado algunos prodromos: los niños están irritables y perezosos; tienen insomnio ó somnolencia, y el sueño es agitado; la cara está mas encendida, los ojos brillantes y la mirada fija. Luego se presentan las convulsiones, que son generales ó párciales. En el primer caso, dice el doctor Lecœur, de Caen, autor de una buena tesis sobre la eclampsia, toma la cara un aspecto de dolor y de espanto; los ojos están abiertos ó cerrados, torcidos y agitados por movimientos convulsivos; las pupilas dilatadas; las facciones tirantes y desviadas; los músculos ejecutan alternativamente movimientos bruscos y violentos de estension y de flexion; muchas veces están desviados; el antebrazo se halla comunmente en pronacion forzada, y los dedos doblados con fuerza contra la palma de la mano. Por lo general, en estos casos la respiracion es penosa, difícil y entrecortada de quejidos, porque los músculos del pecho participan del estado convulsivo general; el pulso entonces es muy pequeño, sumamente frecuente, y por lo comun irregular; la cara, pálida ó inyectada al principio, se pone luego lívida ó azulada, particularmente hácia los labios. El niño, privado de conocimiento, es completamente estraño á todo cuanto le rodea, y á veces tiene enteramente abolida la sensibilidad; finalmente, la piel está cubierta de sudor, y la temperatura del cuerpo suele ser mayor; pero no está demostrado lo que dice Alf. Leroy de que es mayor el calor en la frente y al nivel de la gran fontanela que en todos los demás puntos.

Sin embargo, comunmente no tienen las convulsiones este grado de violencia: á veces están limitadas á la mitad del cuerpo, ó bien á las partes supra ó infra-diafragmáticas, con especialidad al cuello ó á la cara ó á algunos puntos de estas regiones. En este caso persiste la sensibilidad, no está enteramente abolida la inteligencia, y no se observan trastornos de las funciones orgánicas; apenas se nota, en algunos casos, una ligera aceleracion de los movimientos

respiratorios. En los niños muy pequeños, y especialmente en los recien-nacidos, puede manifestarse la eclampsia, segun las indicaciones de MM. Guersant y Blache, con caracteres aun menos marcados y mas circunscrita. Pudiera creerse, añaden estos autores, que entonces es casi estraña la afeccion al aparato cerebro-espinal, y tiene esclusivamente su sitio en el sistema gangliónico. En tales casos, en efecto, se anuncian las accesiones por una aceleracion rápida de los movimientos respiratorios, con palidez de la cara, color violado de los labios é inmovilidad de los ojos; fenómenos, que al cabo de algunos segundos se disipan, y todas las funciones vuelven á su estado natural.

Puede no haber mas que un ataque; otras veces se suceden muchos con muy cortos intervalos. Muchos pueden tambien acometer al desgraciado niño por espacio de uno ó mas dias, dejándole apenas algunos momentos de calma. Generalmente las convulsiones son mas comunes de dia que de noche, y parece que las exacerba la luz solar. A veces recobran los enfermos el sentido muy pronto, en cuanto cesan las convulsiones; pero cuando ha habido muchos parasismos suelen quedar los niños azorrados, aplanados; tienen la mirada espantada, estúpida; sienten una gran laxitud, y recobran lentamente el completo conocimiento. Si, por el contrario, son largos los intervalos que separan los ataques; si solo hay, por ejemplo, dos ó tres al dia, y son poco intensos, estará el niño bastante tranquilo en los intervalos; no tendrá calentura; á veces solo se observará un poco de tendencia al sueño. Luego que recobra del todo el conocimiento, se encuentra casi en el mismo estado que antes del ataque: en ocasiones, sin embargo, se advierte que ha perdido uno ó varios sentidos ó tiene un miembro paralizado, lo cual indica que ha sobrevenido una alteracion profunda dentro de la bóveda del cráneo. En tal caso lo primero que debemos recelar es una hemorragia cerebral ó meningea que traiga consigo una hemiplegia permanente con atrofia consecutiva de los músculos y de los mismos huesos.

¿Puede la eclampsia atacar al feto? Numerosos hechos contestan afirmativamente á esta pregunta. Se ha visto, en efecto, que á consecuencia de una conmocion viva de la madre, el niño que lleva esta en su seno, agitarse con desordenados movimientos, perceptibles para ella y hasta para los asistentes.

Terminaciones.—Las convulsiones ocasionan muchas veces la muerte. Esta sobreviene, en algunos casos, despues de un solo ataque violento, pero generalmente no es sino á consecuencia do repetidas y frecuentes crisis. Algunas veces sobreviene por efecto de una congestion cerebral; otras á consecuencia de asfixia; otras en fin, no encontrándose en el cadáver lesiones suficientes para esplicarla, se atribuye á un síncope ó á una suspension de la enervacion.

Cuando es satisfactoria la terminacion de la enfermedad, desaparecen los síntomas de pronto ó poco á poco. Si eran muy frecuentes los ataques, se van haciendo mas raros, y disminuye su intensidad. Casi siempre se verifica la mejoría sin crisis apreciable.

Cuando los enfermos han recobrado la salud, no suelen conservar vestigio alguno de la afeccion. Algunos, sin embargo, quedan, como hemos dicho, valetudinários, cuales hemiplégicos, cuales como encogidos. M. Julio Guerin ha dejado sentado que muchos torticolis, piés de piña y desviaciones del raquis, son consecuencia de eclampsias sobrevenidas, ya antes, ya despues del nacimiento.

Diagnóstico.—Mas adelante veremos cómo puede distinguirse la eclampsia de la epilepsia. Aunque M. Brachet haya dicho lo contrario, no hay dificultad ninguna en distinguir la eclampsia de la hidrofobia, porque en esta hay un horror invencible á los líquidos, un espasmo notable de los músculos respiratorios y una esputacion incesante. Por el contrario, es muy difícil determinar, á lo menos al principio, si las convulsiones son esenciales ó si son sintomáticas de alguna alteracion profunda de los centros nerviosos. Pero atendiendo á la invasion repentina de la enfermedad, y especialmente á su curso, se conseguirá formar con exactitud el diagnóstico. En efecto, las afecciones cerebrales rara vez empiezan con convulsiones, y estas son siempre consecutivas en tal caso á otros síntomas. En las meningitis simple y tuberculosa, que son casi las dos únicas afecciones que se encuentran en la infancia que pudieran confundirse con la eclampsia, hay comunmente un primer período de agitacion caracterizado por gritos agudos, hay una calentura mas ó menos intensa, algunas veces una exaltacion considerable de la sensibilidad y sobre todo vómitos repetidos, y una constipacion mas ó menos rebelde. Si hay entonces movimientos convulsivos, estos son no mas que parciales, limitados, por ejemplo, á algunos músculos de la cara. Por último, en los casos raros en que persiste la duda, se hallarán en el diferente curso de la afeccion, continuo en un caso, intermitente ó remitente en otro, nuevos elementos para el diagnóstico diferencial.

Pronóstico.—Las convulsiones constituyen un estado grave, que siempre debe llamar la atencion del médico. Hay, sin embargo, diversas circunstancias que pueden aumentar la gravedad del pronóstico. Asi es que, en igualdad de circunstancias, MM. Brachet, Guersant y Blache creen menos grave la eclampsia en la primera infancia que en una edad mas avanzada. La que se declara bajo la influencia de una causa pasagera, fácil de conocer, no es generalmente grave. Se ha dicho, por el contrario, que las convulsiones debidas á escesos en el régimen, á un susto, ó las que sobrevienen á consecuencia de una conmocion viva de la nodriza, son mas graves que las demás; pero aun no está apoyada esta opinion en suficiente número de datos para poderla aceptar como cosa demostrada. Lo que no admite duda es, que el riesgo es mucho mayor cuando las convulsiones son generales, las crisis muy inmediatas, los ataques violentos, y cuando quedan en el intervalo completamente abolidas las facultades intelectuales. La calentura es tambien una circunstancia agravante, porque casi siempre depende de una complicacion; de consiguiente no podemos admitir, como algunos hipocráticos, que la fiebre es una especie de crisis de las convulsiones, y por consiguiente una circunstancia satisfactoria. Las convulsiones, al principio ó en el curso de cualquiera afeccion, deben agravar siempre su pronóstico; numerosos hechos han demostrado cuán poco fundada era la opinion de Sydenham, que consideraba los movimientos convulsivos que ocurren en los prodromos de las viruelas como un indicio de que será discreta la erupcion y benigna la enfermedad.

Etiología.—La eclampsia se observa principalmente en los niños muy pequeños, y casi con igual frecuencia en ambos sexos; pero, como lo hace notar nuestro amigo el doctor Leœur, catedrático en la escuela de Caen, el sexo no tiene influencia en el primer período de la infancia; pero luego se advierte que las convulsiones idiopáticas ó sintomáticas son mas comunes en las niñas que en

los niños, en proporcion de 3 á 1. Esta diferencia depende menos sin duda del sexo, que del predominio del sistema nervioso en las niñas de mas de siete años. Los autores creen que están mas predispuestos á las convulsiones los niños cuya inteligencia es precoz, los que tienen una fisonomía muy movible, los que son impresionables, y los que tienen el sueño agitado. Baumes dice ademas, que están mas particularmente predispuestos á convulsiones los que tienen una cabeza muy voluminosa; pero aunque esta asercion está muy generalizada, dos hombres tan esperimentados como MM. Guersant y Blache la ponen en duda. Sea como quiera, la causa mas poderosa y la que menos impugnaciones ha sufrido es la trasmision hereditaria, ó á lo menos una disposicion orgánica especial á individuos de una misma familia; asi es, que se citan familias en que todos los niños sucumben de resultas de convulsiones. Se lee en la tesis de M. Duclos (1847) un ejemplo muy notable de la predisposicion á las afecciones convulsivas de naturaleza grave que los padres pueden trasmitir á los hijos. No está tan demostrado que las conmociones morales de la madre durante la preñez puedan predisponer á los niños á la eclampsia: sin embargo, se han citado algunos hechos en apoyo de esta doctrina; pero no son bastante numerosos para probar que no ha habido simple coincidencia.

En los niños predispuestos sobrevienen las convulsiones bajo la influencia de una multitud de causas; asi es que pueden producírselas el terror, la cólera, un dolor vivo, el hacerles cosquillas, la estancia en una habítacion muy caliente, ó un frio muy intenso, una indigestion ó una hemorragia ligera. La denticion tiene con frecuencia el mismo resultado. Algunos hechos prueban tambien que las conmociones de la nodriza pueden hacerse sentir en el niño, y provocar convulsiones : son, sin embargo, los casos de esta especie mas raros de lo que se cree. Hay, por último, niños tan predispuestos que padecen convulsiones por la causa mas leve : en algunos basta un solo acceso de fiebre efímera para producirlas; en otros las ocasionan los golpes de tos de la coquelucha. Muchos médicos, y mas particularmente el vulgo, atribuyen con frecuencia las convulsiones á la presencia de entozoarios en el tubo digestivo. Ya hemos dicho anteriormente que esta opinion no carecia de fundamento; pero que, sin embargo, se habian exagerado mucho los desórdenes locales ó simpáticos que pueden producir los vérmes intestinales.

Tratamiento.—Llamados para un niño que padece convulsiones, debemos seguir los preceptos que tan hábilmente nos han trazado MM. Guersant y Blache. Se le desnudará, se le quitarán todas las ligaduras, y si está en una habitacion muy caliente, se le pasará á otra mas fresca. Algunas veces han bastado estas precauciones para que se restablezcan niños que parecia que se hallaban en un estado grave. Al mismo tiempo deberemos informarnos de la salud habitual del enfermo y de su régimen ; procuraremos conocer la naturaleza y cantidad de los alimentos que ha tomado en la última comida; esploraremos el vientre con cuidado, para ver si está dolorido, y trataremos de apreciar el volúmen del estómago por medio de la percusion. Si hemos recogido datos para creer que dependen las convulsiones de una digestion difícil ó de una distension escesiva del estómago por los alimentos, provocaremos la espulsion de estos por medio de un vomitivo ó de la titilacion de la campanilla. En los casos en que son muy violentas las convulsiones, cuando hay trismus y es muy fuerte

la reaccion, aconsejan MM. Guersant y Blache que se haga una pequeña deplecion de sangre, antes de administrar el emético, á fin de producir una rebaja de estímulo que facilite en seguida la administracion de los evacuantes gastro intestinales.

Si el niño está en la época de la denticion, examinaremos las encías; y si están tensas y doloridas, se hará una incision crucial para hacer desaparecer la especie de estrangulacion que existe.

Cuando no podemos llegar á conocer la causa de las convulsiones, y cuando el niño es fuerte y pletórico, cuando está la cara inyectada y abotagada, deberá combatirse la congestion cefálica á beneficio de algunas sanguijuelas detrás de las orejas, de revulsivos ambulantes á las estremidades inferiores, de aplicaciones frías á la frente y ligeros minorativos. En estos casos es en los que el profesor Trousseau parece que ha conseguido buenos resultados comprimiendo las carótidas. Ademas de estos medios se ha aconsejado meter á los enfermos en un baño tibio y hacerlos estar en él mucho tiempo; á veces tambien, dicen MM. Guersant y Blache, son útiles las ligeras afusiones de agua fría á la cabeza, ó las irrigaciones continuas sobre la fontanela por medio de una llave de fuente.

Cuando á pesar de estos medios subsisten las convulsiones, debe recurrirse á los antiespasmódicos, y entre ellos al almizcle y óxido de zinc, que son los mas útiles en concepto de MM. Guersant y Blache. El almizcle es en tales casos un medicamento escelente, pero es menester elevar bastante la dosis, 8, 12 ó 15 granos en lavativa ó pocion. M. Brachet prefiere el óxido de zinc unido con el estracto de beleño. La dosis de ambos medicamentos varía de 6 á 16 granos por dia, segun el grado de intensidad de la enfermedad, pero de modo que tomen los enfermos cada veinte y cuatro horas 10 granos por lo menos de óxido de zinc y 4 de estracto de beleño, repartidos en muchas tomas, que se administran cada dos ó tres horas en una cucharada de tisana. Háse recomendado igualmente contra la eclampsia el opio, la asafétida, la valeriana, el succinato de amoniaco y el alcanfor, sustancias que en algunos casos han producido buenos resultados, pero cuya eficacia es mucho menor que la del óxido de zinc.

Uno de los médicos mas ilustrados, el doctor Melier, comparando la eclampsia de los niños con las enfermedades intermitentes, ha propuesto administrar contra esta afeccion el antiperiódico por escelencia, el sulfato de quinina. Este práctico hace notar, con cierta apariencia de razon, que una enfermedad que, como esta, se manifiesta muchas veces al dia con caracteres bien marcados, y que despues de haber durado cierto tiempo, casi siempre el mismo, cesa por otro espacio dado, como una ó dos horas, y se reproduce y desaparece asi cuatro ó cinco veces en veinte y cuatro horas, debe considerarse como una afeccion intermitente de *corto período*. M. Melier ha esplanado estas ideas en una memoria incluida en el tomo X de las *Mémoires de l'Académie de mèdecine* y hace mencion de tres curaciones obtenidas por su método. Despues que se ha llamado la atencion hácia este punto, se han publicado otros muchos hechos en apoyo de la administracion del sulfato de quinina en los casos de aclampsia, y generalmente en todas las demás afecciones intermitentes de corto período. M. Melier le administra á dosis crecidas: en un niño de seis semanas prescribió 6 granos en seis tomas iguales, de hora en hora. Los hechos observados por M. Melier y otros, nos autorizan á tratar la eclampsia de los niños como una

especie de fiebre larvada: sin embargo, debemos esperar á que sean mas numerosos los hechos, antes de adoptar definitivamente esta opinion. Debemos por otra parte declarar que nosotros hasta ahora no hemos obtenido con ese método ningun triunfo, lo que no nos ha sorprendido, en atencion á que los ataques de eclampsia no presentan ninguno de los caracteres de las enfermedades de intermitencia franca y legítima. De todos modos, solo deberá administrarse el sulfato de quinina cuando no haya otra indicacion predominante. En efecto, se concibe bien que si dependiesen las convulsiones de un estado pletórico ó de la distension del estómago por alimentos, habria que recurrir ante todas cosas á las emisiones sanguíneas en el primer caso, y á los vomitivos en el segundo, y no administrar el antiperiódico, sino cuando continuasen las convulsiones á pesar de estos medios.

Si la eclampsia ataca un niño encerrado aun en el claustro materno, y la afeccion sucede á una conmocion de la madre, es menester echar mano de sedativos y antiespasmódicos, y si hay un estado pletórico recurrir á una emision sanguínea.

Son muy frecuentes las recidivas de las convulsiones en muchos niños; por cuya razon debemos procurar remover todas las causas capaces de escitarlas. Se prescribirá un régimen suave y algunos baños; no se les abrigará mucho la cabeza, y se tendrán constantemente muy calientes las estremidades; se evitará el estreñimiento; por último, algunos aconsejan la aplicacion en ciertos casos de un vejigatorio al brazo ó á la nuca y el uso de algunos antiespasmódicos, especialmente las píldoras de óxido de zinc ó de estracto de valeriana.

DEL ESPASMO DE LA GLOTIS.

Historia.—Existe una afeccion casi esclusiva de la infancia que debe llamarse *espasmo de la glotis*. Esta enfermedad, descrita ya en Inglaterra á principios de este siglo, especialmente por Hamilton, por Clarke, por Cheyne, etc., fue casi inmediatamente olvidada. En 1829, Kopp, de Copenhague, la señaló como una enfermedad nueva, y habiendo creido encontrar en los niños que fueron víctimas de ella, el timo voluminoso, hizo de la lesion de este órgano la causa anatómica de una enfermedad que se designó bajo los nombres de *asma tímico* ó *de Kopp*. Estas ideas hallaron en Alemania varios impugnadores, y en Francia no estuvieron nunca en boga, hasta que de algunos años á esta parte el espasmo de la glotis ha empezado á fijar la atencion. Se ocuparon de ella algunos autores, particularmente Constant, MM. Bleche, Trousseau, Rilliet, Barthez y Barrier. Pero no poseiamos aun historia alguna satisfactoria de la enfermedad, cuando Herard llenó este vacío publicando en su tesis (1847, número 3) el fruto de sus laboriosas investigaciones. Su trabajo va á sernos de mucha utilidad para la redaccion de este artículo.

Anatomía patológica.—En los niños que sucumben al espasmo glótico, no se nota por lo comun ninguna lesion apreciable. Si algunas existen, son complicaciones accidentales ó alteraciones secundarias que resultan casi siempre de la dificultad que la respiracion ha esperimentado durante los ataques. Asi es que los pulmones están siempre ó casi siempre enfisematosos, el corazon y los

grandes vasos se presentan comunmente atestados de sangre como en la asfixia. El cerebro, la médula, los nervios neumo-gástricos, recurrentes, diafragmáticos, y tambien los nervios de los miembros, han sido disecados con esmero por M. Herard, sin que jamás haya observado en ellos ninguna alteracion importante. La anatomía patológica no da de consiguiente en el asma glótico mas que resultados casi negativos. Tal no es, sin embargo, la opinion que ha prevalecido en Alemania. Segun el doctor Kopp, se encuentra siempre el timo hipertrofiado, aumentado de volúmen, y los accidentes están producidos por la compresion que este cuerpo ejerce en la tráquea y en los vasos. Otros autores, al mismo tiempo que admiten la exactitud del hecho anatómico, le dan, sin embargo, otra interpretacion, y hacen de la pretendida lesion del timo una alteracion secundaria que depende de la dificultad de la respiracion. M. Herard ha combatido ambas proposiciones muy victoriosamente, y deja sentado que el timo es un órgano que ofrece las mayores variaciones de peso y volúmen en los niños que gozan de buena salud; que estas variaciones dependen del vigor y mas aun de la gordura del individuo, encontrándose por consiguiente en todas las enfermedades de la infancia, sin que ninguna de estas tenga relacion alguna con el estado anatómico del timo.

Síntomas.—El espasmo de la glotis está caracterizado por ataques de sofocacion, que se presentan bruscamente, sin prodromos, á menudo sin causas apreciables, ya durante el dia, ya durante la noche. Los enfermos se hallan de pronto en un estado de sofocacion inminente, y se suspende desde luego su respiracion como si la glotis se hubiese bruscamente obstruido. La fisonomía del niño espresa entonces la mas viva ansiedad; su boca se abre estraordinariamente como para aspirar el aire que le falta; su cabeza se inclina hácia atrás; sus ojos se fijan; la cara se pone azul; hay, en una palabra, todos los signos de una asfixia que empieza (Herard). Por último, trascurridos diez ó veinte segundos de este estado grave; el ataque tiene por término una ó mas inspiraciones pequeñas, sonoras, agudas, y como convulsivas, que pudiéramos en cierto modo comparar el hipo para dar alguna idea de ellas, y que constituyen, segun todos los autores, el verdadero signo patognomónico, con frecuencia único, del espasmo de la glotis. Durante estas accesiones, los latidos del corazon son tumultuosos, irregulares; las yugulares se entumecen; el cutis se inunda de un sudor frio; hay con frecuencia evacuaciones involuntarias; se notan, en fin, convulsiones, ya generales, ya epileptiformes, por lo comun parciales, tónicas, y que consisten en contracciones limitadas á las estremidades. Estas pueden preceder en algun tiempo al espasmo glótico y persistir despues; pero ordinariamente con él se desenvuelven y con él desaparecen.

Los ataques que acabamos de describir tienen una duracion variable. Se ha visto algunas veces que se prolongaban por espacio de un cuarto de hora (Hauff); pero por lo comun terminan en algunos segundos ó cuando mas en algunos minutos. Estos ataques, raros al principio, pueden dejar entre ellos un intervalo de semanas ó de meses; pero sucesivamente se van acortando mas y mas las distancias, hasta que al fin se presentan todos los dias y aun dos cada media hora. Los esfuerzos de la deglucion, el dolor, los sustos, ó el acto de despertar, son las principales causas que provocan la reproduccion de los accesos. Cuando están lejanos los unos de los otros, los niños en el intervalo recobran toda su

habitual alegría; pero á medida que se repiten, dejan un estado permanente de padecimientos; se altera la nutricion, se pierde el sueño, se declara la diarrea, y si el niño no sucumbe en un ataque, muere mas adelante estenuado ó comatoso.

Duracion y terminaciones.—El espasmo de la glotis tiene, segun M. Herard, una duracion media de algunas semanas á algunos meses; puede prolongarse años, y durar algunos segundos, pues pudieran los niños sucumbir á la primera accesion. La terminacion es favorable ó funesta. La muerte puede sobrevenir de repente durante el ataque por cesacion de la respiracion, ó bien los enfermos sucumben á alguna lesion accidental del cerebro ó á la estenuacion de fuerzas que produce la repeticion de las crisis.

Diagnóstico.—El espasmo de la glotis tiene una fisonomía tan pronunciada, que es difícil desconocerla. Ataques de sofocacion que acometen bruscamente á los niños en medio de la salud mas perfecta y que se disipan á los pocos segundos ó minutos sin dejar huella de su paso, caracterizan suficientemente la enfermedad. No es posible confundir el espasmo de la glotis con el crup, pues no se encuentran en él la ronquera, la afonía, el silbido laringeo-traqueal continuo, la separacion de falsas membranas, la disnea persistente que se exaspera por momentos y se transforma en accesiones de sofocacion, la fiebre, en fin, que caracterizan la laringitis pseudo-membranosa. Mas puntos hay de contacto entre el espasmo glótico y la angina ruidosa ó asma de Millar. Esta afeccion ataca á niños generalmente de mas edad; con frecuencia la ronquera la precede; los ataques, sobreviniendo casi siempre en medio de la noche están caracterizados por una tos tenaz, seca, sonora y silbante, con amagos de sofocacion. Por último, despues de haber durado una ó mas horas, la accesion cesa, y apenas hay ejemplo de que haya terminado de una manera funesta. La coqueluche no tiene con la enfermedad de que hablamos ninguna semejanza, porque la coquelucha está caracterizada por golpes de tos muy cercanos los unos á los otros que no existen en el espasmo, y están seguidos de una inspiracion larga y retumbante que en nada se parece á la inspiracian aguda, convulsiva que termina las accesiones del espasmo de la glotis.

Pronóstico.—El espasmo de la glotis es una de las afecciones mas graves de la infancia. Hace perecer al menos la tercera parte ó la mitad de los niños que ataca; puede arrebatar á los enfermos en la primera accesion, y se han visto morir como heridos por un rayo niños que algunos segundos antes estaban alegres y rebosando vida. El pronóstico será tanto mas funesto cuanto mas tiernos y débiles sean los niños, y los ataques mas largos é inmediatos los unos de los otros.

Etiología.—El espasmo glótico es una afeccion que corresponde á la primera infancia, y se observa especialmente de la edad de tres meses á la de diez y ocho. Los niños están mas predispuestos á ella que las niñas, y los de una constitucion débil mas que los vigorosos. No está probado que la enfermedad sea hereditaria, ó que predispongan á los niños ciertas condiciones de organizacion de los padres. Pero está confirmado que la predisposicion puede alcanzar á todos los niños de una misma familia. La enfermedad parece mas comun en los paises húmedos y frios; asi es que es rara en Francia y casi desconocida en los paises mas meridionales, y se la encuentra con mucha frecuencia en Inglaterra y Alemania. Reina principalmente en el primero de estos paises una opinion de que al parecer M. Herard participa, la

cual consiste en considerar el trabajo de la denticion como una causa ocasional del espasmo glótico. Este es un punto de doctrina no establecido aun, y que merece fijar la atencion de los médicos.

Tratamiento.—Los ataques son tan cortos, que es casi imposible hacer cosa alguna para moderarlos ó para impedir que los enfermos sucumban. Se aconseja solamente levantar al niño, inclinarlo hácia adelante, rociar su semblante con agua fría, presentarle sustancias olorosas, y darle fricciones en el pecho y los miembros con una franela empapada de un linimento irritante. Tambien se ha recomendado hasta la trasqueotomia.

Se procurará prevenir la repeticion de los ataques impidiendo al niño correr con demasiado ardor, evitándole el llanto, vigilando la denticion. Si los ataques coinciden con la salida difícil de uno ó mas dientes, se deberá hacer una incision en las encias, pues se ha visto varias veces que esta simple operacion termina accesiones que ponian la vida en el mas inminente peligro. Al mismo tiempo la mayor parte de los médicos se valen de la medicacion antiespasmódica, empleando frecuentemente el óxido de zinc y el almizcle á alta dosis. Los narcóticos tienen tambien algunos partidarios. Por último, se ha propuesto establecer una revulsion en el tubo digestivo con el auxilio de purgantes, y en el tegumento con sinapismos y vejigatorios. Será necesario colocar al niño en las mejores condiciones higiénicas, pues la variacion de lugar y la residencia en el campo, bastan por lo comun para contrarestar los accidentes.

Naturaleza y sitio.—Inútil es insistir en probar que la enfermedad que acabamos de describir es una neurosis. Su invasion repentina, su reaparicion por ataques y la falta de toda lesion apreciable, lo demuestran. ¿Pero dónde localizar tal enfermedad? ¿Debemos hacer de ella una neurosis de los nervios recurrentes que acarrean la convulsion tónica de los mósculos de la laringe, ó bien preferiremos, como algunos autores, hacerde ella una afeccion de los centros nerviosos análoga á la eclampsia, á la epilepsia, al tétanos, etc., que se traduce por una convulsion pacial? Esta última opinion es la que mas probable nos parece, y esto esplica el lugar que hemos concedido en este libro al espasmo glótico, hablando de él inmediatamente despues de la eclampsia. Lo que parece por otra parte que sirve de apoyo á la opinion que yo sostengo es, que en muchísimos casos la convulsion se estiende á otros músculos particularmente á los de los miembros, y algunas veces, invadiendo todo el cuerpo se transforma en un verdadero ataque de eclampsia.

DE LA EPILEPSIA.

Sinonimia.—Mal caduco, mal de San Juan, mal de tierra, gran mal, *morbus divinus, major herculeus, lunaticus, sacer, saer.* Epilepsia se deriva de ἐπιλαμβάνω *yo cojo.*

Puede definirse la epilepsia; una enfermedad apirética, crónica, intermitente del cerebro; caracterizada, por la pérdida repentina del conocimiento con insensibilidad general y relajacion de todos los músculos voluntarios, y mas comunmente por convulsiones generales ó parciales, casi siempre de corta duracion, acompañadas de inyeccion roja ó violácea de la cara, de distorsion de los ojos, de espuma en la boca y de insensibilidad.

Historia.—Tan alarmante aparato de síntomas, unido á la frecuencia de la enfermedad, á su rebeldía y á sus consecuencias, tan funestas en algunos casos, esplica el por qué la epilepsia ha llamado la atencion de los mas antiguos observadores : asi es que Hipócrates la consagró un libro entero (*de morbo sacro*) y muchos de sus aforismos. Celso habla de ella; pero el cuadro mas completo de la epilepsia que se encuentra entre los antiguos, es el de Areteo y Celio Aureliano. Nada importante añadieron los autores de los siglos siguientes, y es preciso llegar casi hasta Van-Swieten, que emitió acerca de la enfermedad ideas generalmente muy exactas. Pero, tratando de la epilepsia, no podemos dejar de hacer mencion honorífica de la monografía de Tissot, que sin disputa es muy superior á las obras publicadas con posterioridad acerca del mismo objeto por Portal y Maisonneuve. Muchos contemporáneos han publicado trabajos de algun mérito sobre la epilepsia, y entre ellos son notables los de Esquirol (1), Georget (2), los de MM. Calmeil (3), Beau (4), Lauret (5), y últimamente M. Herpin ha publicado acerca de la epilepsia una obra de la mayor importancia por la severidad del método que ha seguido en la apreciacion de los hechos.

Anatomía patológica.—Todos los autores y profesores de nota están en el dia conformes en que, en el mayor número de casos, no depende la epilepsia de ninguna alteracion apreciable de los centros ni de los cordones nerviosos. Cuando existen algunas lesiones, son muy variables : tales como tumores óseos ó fungosos, osificaciones de la hoz, engrosamientos de las membranas, tubérculos, cánceres, derrames serosos, reblandecimientos, inflamaciones, abcesos de los lóbulos del cerebro, etc. Pero estas alteraciones, tan diversas, que solo se encuentran en un corto número de epilépticos, se observan igualmente en individuos que no han padecido esta enfermedad; por lo cual debemos creer que en el mayor número de casos, solo hay simple coincidencia entre estas lesiones y la epilepsia. Es posible que, en algunas ocasiones, provoque mas fácilmente la epilepsia en los centros nerviosos algunas de las lesiones precedentemente enumeradas, á consecuencia de la escitacion cerebral que produce y de las congestiones sanguíneas que la acompañan; pero este es un punto que todavía no está demostrado. Ademas, es indudable que muchas veces se han tomado por epilepsias ataques epileptiformes debidos á encefalitis ó tumores infra-cranianos; y, como dice Georget, se han atribuido en tal caso á las primetas, alteraciones que correspondian á los segundos, ó no se ha sabido distinguir la epilepsia de ciertas enfermedades cerebrales intermitentes; tales, por ejemplo, como una encefalitis que termina algunas veces de una manera funesta ataques de epilepsia que datan ya de mucho tiempo. Georget ha demostrado que Morgagni habia incurrido en este doble error.

Cuando ha sobrevenido la muerte en medio de un ataque, se encuentran los senos cerebrales atestados de sangre; la sustancia medular está salpicada de pintas rojas; la gris presenta un color violado, lívido, y comunmente hay infiltracion sub-aragonoidea; finalmente, los pulmones están infartados de sangre negra. Los síntomas observados durante el ataque, y especialmente el en-

(1) *Dictionnaire des sciences mèdecales* y *Traité des maladies mentales.*
(2) *Dictionnaire de mèdecine*, artículo EPILEPSIA.—*Thèses de Paris*, 1824.
(3) *Thèses de Paris*, 1824.
(4) *Archives générales de Mèdecine*, 2.ª serie, t. XI.
(5) *Archives*, 1843.

torpecimiento de la respiracion, esplican la mayor parte de estas lesiones, que son resultado de las accesiones y de ninguna manera su causa anatómica.

Para concluir lo concerniente á los caracteres anatómicos, debemos llamar la atencion acerca de un hecho indicado por Dumas en su *Doctrine des maladies chroniques* (1), á saber: que en las epilepsias constitucionales, y por lo tanto incurables, el ángulo facial tenia cinco, ocho ó diez grados menos qne el de las cabezas de los europeos, que tiene 80°. Esta asercion merece examinarse, porque si fuese cierta, tendriamos ya un carácter para conocer las epilepsias absolutamente incurables de las que aun ofrecen algunas probabilidades de curacion.

Principio de la epilepsia.—Georget dice que de cien enfermos, apenas hay cuatro ó cinco en quienes se presenten precedidos los ataque de algunos signos indicantes. Casi siempre, añade, empieza la enfermedad de repente, como si le hubiera herido un rayo al enfermo. M. Beau, sin embargo, en un trabajo estadístico que publicó en 1838 en los *Archives*, fundado en la análisis de doscientos setenta y dos hechos, dice que es mas considerable el número de epilepsias con prodromos, pues los ha encontrado casi en la mitad de los casos. Estos prodromos son de dos clases: unos *remotos*, es decir, que preceden al ataque una ó muchas horas, uno ó varios dias; otros *próximos*, que solo preceden un momento al ataque, y aun suelen confundirse con él. Los prodromos que aparecen mucho tiempo antes del ataque son muy variables. En algunos enfermos se advierte una alteracion de carácter y costumbres; se vuelven impacientes, tristes, melancólicos y mas impresionables; tienen cierta incomodidad, somnolencia ó insomnio, vértigos, cefalalgia, calambres, aversion á los alimentos, náuseas, estreñimiento, sudores abundantes y fétidos (Dumas), etc. Otras veces son fenómenos mas estraordidarios, como erupciones cutáneas (J. Frank), rubicundez en algunos puntos del cuerpo, sobre todo en la cara, dilatacion de las venas de la frente (Tissot), etc.

Los prodromos inmediatos solo preceden un tiempo muy corto, uno ó dos segundos, al ataque, y consisten en diversas sensaciones que esperimentan los enfermos. Muchos tienen alucinaciones del oido, del olfato, y principalmente de la vista; oyen sonidos estraordinarios, perciben olores picantes ó fétidos, ven objetos luminosos, espectros, etc. Con mas frecuencia esperimentan los enfermos, en diversos puntos del cuerpo, como la nuca, los labios, los pechos, los piés, las manos, etc., diversas sensaciones de frio, de calor, de adormecimiento, de cosquilleo, de dolor, etc., que, como si fueran un vapor, suben rápidamente al cerebro, y son seguidos inmediatamente del ataque. Estas sensaciones particulares son las que los autores han llamado *aura epiléptica*. M. Herpin, ha estudiado históricamente este síntoma notable, y sus investigaciones le han inducido á creer que el aura epiléptica no es en definitiva mas que la primera manifestacion convulsiva del ataque, produciéndose en una parte mas ó menos lejana del cerebro. Pero nosotros no participamos de esa opinion, pues creemos mas bien que, en la mayor parte de los casos, el *aura* completamente agena á las convulsiones tónicas, no es mas que una exageracion ó una perversion de la sensibilidad.

Las epilepsias precedidas de una *aura* están muy lejos de ser las mas co-

(1) T. I. p. 126.

munes. Asi al menos lo reconocen hoy todos los autores competentes. Sin embargo, M. Piorry afirma que siempre existe el aura y que no hay epilepsia sin este fenómeno. Este médico cree que cuando el enfermo no se queja del aura, es porque tiene su punto de partida en el ojo, en cuyo caso en razon de la poca longitud del nervio óptico, se lanza como un rayo hácia el encéfalo, y determina el ataque antes que la impresion haya podido grabarse bastante profundamente en el cerebro sano aun, para que el enfermo lo recuerde al recobrar el conocimiento. Por muy ingeniosa que sea esta idea, se ve que solo es la espresion de una hipótesis. Como quiera que sea, el *aura*, cuando se manifiesta, no se halla necesariamente seguida de un acceso convulsivo. Todo algunas veces se limita á esa manifestacion dolorosa que puede ser pasagera, rápida como el relámpago, pero que algunas veces persiste variando de naturaleza. Yo he tenido á mi cargo un enfermo cuyos accesos epilépticos, volviendo á largos intervalos, van siempre precedidos de una *aura* que parte de la mano izquierda, y hace esperimentar una sensacion análoga á la que produciria un fuerte sacudimiento eléctrico. Esta aura es ordinariamente reemplazada por espacio de algunos dias, y hasta de una semana, por un sentimiento permanente y penoso de torpeza y peso en el miembro.

Haya ó no prodromos, siempre se presenta el ataque de repente; pero unas veces solamente está aturdido el enfermo; otras, y es lo mas comun, á la pérdida del conocimiento se agregan movimientos convulsivos. De aqui resultan dos formas de epilepsia, que conviene describir aparte, á saber: el *vértigo*, el *aturdimiento epiléptico* ó *pequeño mal*; y la *epilepsia propiamente dicha, convulsiva*, ó *gran mal*.

Vértigo epiléptico.—Esta forma de epilepsia no ha sido bien conocida hasta que Esquirol, Georget y M. Calmeil han publicado sus trabajos. Tambien M. Beau ha trazado un cuadro muy exacto de ella. El sugeto pierde de repente el conocimiento, dando á veces un grito: si está de pié, cae al suelo, á no ser que tenga tiempo de agarrarse á algun cuerpo sólido; si está sentado, puede permanecer en su posicion. El cuerpo está por lo comun inmóvil; los ojos fijos y huraños, parece que se dirigen á un objeto; la cara está pálida, y á veces se observan en ella ligeras convulsiones. Al cabo de algunos segundos, ó de uno ó dos minutos á lo mas, cesa este estado. En tal caso algunos recobran inmediatamente la plenitud de su razon, y continúan, dice Georget, sin conocer que la han interrumpido, una conversacion, una frase ó una ocupacion cualquiera. Pero hay otros que están sin sentido por espacio de algunos minutos, y que luego quedan un rato como atontados. Finalmente, muchos divagan, hacen cosas estravagantes, y á los pocos momentos recobran la razon, recordando á veces solo lo que ha pasado en los momentos de aberracion. Al vértigo deben referirse los casos raros en que los enfermos, arrastrados por una fuerza irresistible, se ven obligados á correr hácia delante ó hácia atrás, ó á hacer piruetas, y despues caen sin conocimiento, y se levantan al momento buenos ó nada mas que un poco aturdidos.

Hay otra especie de fenómeno epiléptico que pertenece al vértigo, aunque no es tan grave como la forma precedente, y que ha sido descrito por M. Calmeil bajo el nombre de *distracciones*. En dicha forma, dice este observador distinguido, deja caer el enfermo el objeto que tenia en la mano, y luego, sin

presentar ninguna otra particularidad estraordinaria, pierde de vista lo que pasa á su alrededor; aunque sus sentidos están despejados, se encuentran momentáneamente cerrados á las impresiones; hay un verdadero éxtasis. Si desde el principio se llama la atencion al enfermo, cesa la distraccion; si no se le dice nada, se disipa ella sola pasados algunos segundos.

Los vértigos suelen preceder uno ó muchos años á los accesos convulsivos; comunmente, como observa M. Calmeil, sobrevienen en los intervalos de los grandes ataques que vamos á describir ahora.

Accesos epilépticos propiamente dichos, ó gran mal.—El acceso convulsivo principia tambien de repente como el vértigo; los enfermos caen al suelo privados del conocimiento, algunos dan un grito violento en el acto de caer. M. Beau atribuye el grito que dan muchos epilépticos al empezar el ataque, á una espresion rápida de sorpresa que siente el sugeto al caer; pero es mas rácional considerarle como un efecto puramente mecánico de la convulsion de los órganos de la voz, y tal vez tambien como un signo de dolor. Desde este momento quedan cerrados los sentidos á todos los escitantes posibles, y es tan completa la insensibilidad, que se han visto algunos de estos infelices que han caido al fuego y se han hecho grandes y profundas quemaduras, y aun se ha carbonizado un miembro entero sin sentirlo. Las venas del cuello se hinchan al momento; la cara, casi siempre pálida al principio, se inyecta y se pone roja, violada y aun negra, especialmente los labios y las mejillas; el pulso es pequeño y acelerado; la respiracion está suspensa, y todos los músculos se presentan en un estado de rigidez tetánica y como inmóviles. Sin embargo, apenas pasan algunos segundos, se observan en la cara, y luego en el tronco y en los miembros, movimientos consulsivos, ligeros al principio, y despues violentos. Siendo comunmente mas marcada la contraccion convulsiva en un lado que en otro, se encuentran inclinadas á derecha ó izquierda las comisuras de la boca y de los ojos; la cara torcida presenta un aspecto horrible; el cuello está generalmente torcido tambien y la cabeza muy inclinada á un lado, de modo que la barba suele estar descansando contra el hombro; finalmente, los miembros de un lado están mas rígidos que los del otro. Las convulsiones varian mucho en cuanto á su intensidad, sitio y estension. La frente presenta movimientos ondulatorios; las cejas se bajan y aproximan, dice Tissot, como en los movimientos de indignacion. No es menor la agitacion de los párpados: unas veces están abiertos, pero generalmente medio cerrados y dejan ver el globo del ojo, que se halla fijo ó agitado con un movimiento muy rápido de rotacion. No es menor la agitacion de los demás músculos de la cara, lo cual produce gestos horribles. La mandíbula inferior puede bajarse con tanta fuerza, que Van-Swieten la ha visto dislocarse; pero por lo regular están en contacto los arcos dentarios y se mueven lateralmente, produciendo un rechinamiento continuo y bastante fuerte para que se rompan los dientes; es muy comun que se coja la lengua entre ellos, en cuyo caso se destroza, y Turner cita un caso en que fue completamente dividida. La sangre que fluye entonces da color á la espuma que baña los labios y que sale con ruido de la boca. La cabeza, como hemos dicho, suele estar fija; pero algunas veces, dice Tissot, ejecuta los movimientos mas estraordinarios con una rapidez sorprendente: algunas veces está en continua rotacion; otras se inclina alternativamente hácia adelante y hácia atrás con una fuerza que no

es posible contrarestar; finalmente, puede estar echada hácia atrás ó hácia adelante de modo que la barba se halle como pegada á la parte superior del tórax. Los miembros toman distintas posiciones con una contorsion invencible, y ejecutan movimientos con una violencia que no puede dominar ningun esfuerzo; los pulgares casi siempre están en flexion. El tronco comunmente está levantado, vuelto á un lado, encorvado en diferentes direcciones por la contraccion convulsiva de los músculos que le mueven; la respiracion es difícil; las inspiraciones son cortas, repetidas, y el aire al atravesar la laringe, produce un ligero ruido. Todos los movimientos que ejecuta el enfermo son violentos; pero, al contrario de los de las histéricas, son poco estensos, y no llegan á hacer salir al paciente de la cama. Por otra parte, es tan variada y tan fuerte la accion de los músculos, dice Tissot, que no solo ejecuta los movimientos mas estraños, sino tambien los que parecian mas imposibles aun á los mas diestros titiriteros, y con una fuerza muy superior á la del hombre sano; en términos, que algunas veces se ha visto fracturarse algunos huesos. En medio de tales desórdenes el pulso se ácelera; es pequeño y muchas veces irregular; en ocasiones hay palpitaciones violentas; la superficie del cuerpo está inundada de sudor, con especialidad en las partes superiores; algunos enfermos suelen esperimentar entonces vómitos, y tienen evacuaciones involuntarias de heces ventrales, de orina y hasta de esperma.

Este estado tan grave, que no podria prolongarse mucho tiempo sin peligro de la vida, dura uno, dos, tres ó cuatro minutos. Generalmente, pasados dos minutos, cesa la rigidez, y recobran su direccion todas las partes torcidas; el pulso se hace mas lento y se desarrolla; la respiracion se vuelve libre; desaparece el color violado de la cara, y es reemplazado por una palidez mortal. Pero entonces, comunmente, en lugar de recobrar el conocimiento, caen los enfermos en un coma profundo; los miembros están en completa resolucion; se percibe un ronquido fuerte como el de un hombre que duerme. Este estado puede durar algunos minutos nada mas, ó prolongarse muchas horas. Abre el enfermo los ojos, mira como asustado, tiene ideas confusas, balbucea algunas palabras, se queja de dolores en la cabeza y en los miembros; finalmente, vuelve en sí poco á poco, y no conserva ningun recuerdo del ataque. La mayor parte están tristes y cansados; se quejan, unos de contusiones ó heridas que se han hecho al caer, otros de la lengua que se la han destrozado con los dientes. No es raro observar equimosis en las conjuntivas, en los parpados y en los carrillos, lo cual se esplica por la inyeccion que presentaba la cara. Tambien se han observado casos, y Van-Swieten cita algunos, en que el enfermo arrojó mas ó menos cantidad de sangre por vómito y por cámaras, á consecuencia de haberse verificado una exudacion sanguínea en el estómago durante la accesion.

Pero no siempre termina del mismo modo el ataque. Asi, que no es raro ver enfermos que, saliendo de su estado de estupor y coma, divagan y caen en un delirio maníaco de los mas violentos; dícese que con frecuencia sobreviene un delirio erótico; algunos tienen parálisis parciales y otros padecen hidrofobia. Pero estos trastornos nerviosos son generalmente de corta duracion, y se disipan por lo comun al cabo de algunas horas, ó á lo mas de algunos dias.

Acabamos de describir la forma mas grave, y mas comun de la epilepsia. Sin embargo, no todos los ataques se presentan con la misma fisonomía. Con razon Senerto dijo ya que, en ciertas epilepsias, en lugar de ser generales las convulsiones, pueden estar limitadas á algunas partes del cuerpo. Hay enfermos, por ejemplo, que se limitan á sacudir la cabeza, otros agitan un miembro, ó sienten una constriccion de las muñecas ó de las mandíbulas. M. Falret ha visto algunos en quienes se reducia el ataque á movimientos sucesivamente repetidos de deglucion, con elevacion y depresion alternadas de la mandíbula inferior. Pero sea cual fuere la forma del ataque, todos los enfermos esperimentan como síntoma comun la pérdida del conocimiento y no conservan idea de lo que les ha sucedido.

Intervalos y repeticion de los ataques.—Pueden no tener los enfermos mas que un solo ataque que se reproduce despues de mas ó menos tiempo, es decir una, dos ó tres veces por semana, todos los meses, todos los años, ó cada cinco, diez, y aun quince años, de lo que yo he visto ejemplos. Sin embargo, en lugar de accesos aislados, muchos enfermos tienen ataques que se repiten sucesivamente mayor ó menor número de veces, en cuyo caso se dice que el ataque *es compuesto* ó *con parasismos*. Estos parasismos, segun M. Herpin, se manifiestan por lo comun todos los meses; duran de uno á dos ó tres dias, y se componen de dos á seis accesiones. Estas sin embargo pueden repetirse hasta lo infinito, y haber 20, 30, 60 y hasta 100 en las veinte y cuatro horas. Trincavelli, citado por Tissot, hace referencia de un niño que tuvo 150 en un dia. En estos casos no recobran los enfermos completamente el conocimiento; la mayor parte quedan en un estado comatoso y en completa insensibilidad por espacio de horas enteras, y aun de uno ó varios dias. Entonces no es raro que sobrevenga la muerte casi de repente á consecuencia de los trastornos profundos de la inervacion y de la hemoptisis. Los ataques tienden en general á acortar los intervalos que les separan á medida que se repiten. La reproduccion de los accesos es irregular: Leuret, sin embargo, dice que los ataques tienen mucha tendencia á regularizarse, y M. Herpin establece igualmente que sin afectar la regularidad de las fiebres intermitentes, las crisis de epilepsia son mucho menos anómalas en su aparicion de lo que comunmente se cree. Casi siempre se declaran los accesos sin causa manifiesta; algunas veces es á consecuencia de una conmocion moral, de una fatiga, y mas comunmente de un esceso. Aunque se haya creido lo contrario, la luna no ejerce influencia alguna en la reproduccion de los ataques; mas no sucede lo mismo con el estado eléctrico de la atmósfera, pues Leuret ha demostrado que muchos epilépticos tenian el ataque en tiempo de tormenta. Los ataques, que segun los cálculos de Leuret son mas frecuentes en invierno y en otoño que en primavera y verano, sobrevienen durante el dia, y mas comunmente de noche. Sin embargo, M. Herpin, al contrario, admite que los ataques nocturnos son dos veces mas comunes que los diurnos, y que aquellos son ademas mucho mas intensos. Sea lo que quiera, es lo cierto que cuando el ataque sorprende al sugeto dormido, no se despierta, y al dia siguiente solo conoce el accidente por la mucha fatiga que nota.

Suelen suspenderse muchas veces los ataques en el curso de una enfermedad aguda; pero vuelven á aparecer en cuanto esta se cura. El vulgo y muchos médicos creen que ciertas revoluciones del cuerpo, como la pubertad, especial-

mente en las mujeres, disminuyen los ataques, y aun los hacen cesar del todo; pero hace mucho tiempo que ha demostrado Tissot que esta opinion no era fundada, y ha refutado igualmente la idea de los que creen que el matrimonio cura muchas veces la epilepsia. El célebre médico de Lausana dice que el éxito no justifica las esperanzas sino cuando depende el mal de una supresion de las reglas que se restablecen con el matrimonio, ó de la dificultad de salir el flujo al esterior que se corrige con él, ó de un esceso de irritabilidad que se calma por el mismo medio. En cualquier otro caso, el matrimonio aumenta la disposicion epiléptica y la desarrolla. M. Herpin há tambien reconocido que el establecimiento de la menstruacion no ejercia ninguna influencia saludable, y si por otra parte se considera la accion funesta de cada aparicion menstrual en el curso de la epilepsia, nos sentiremos inclinados á creer en la virtud poco favorable de esta funcion sobre la enfermedad misma.

Duracion de la epilepsia.—Hemos visto cuán vária era la duracion de los ataques. Tissot la calcula por término medio en diez ó veinte minutos y Esquirol entre cinco y quince; pero no puede establecerse con seguridad cálculo alguno fijo, pues algunas veces termina el ataque en pocos segundos, y otras dura, aun cuando sea simple, una, dos y hasta catorce horas (Barbette). La duracion de la epilepsia es indeterminada; casi siempre se prolonga indefinidamente, pero pueden mediar muchos años entre accesion y accesion.

Terminaciones y consecuencias de la epilepsia.—A veces, como hemos dicho, termina la epilepsia por la muerte. Esta sobreviene en algunos casos á consecuencia solo del ataque, y en otros depende de que la violenta congestion de la cabeza termina por un derrame sanguíneo en el cerebro ó las meninges. Puede tambien suceder que, por efecto de la perturbacion profunda de la circulacion, se rompa un tumor aneurismático preexistente ó el corazon préviamente enfermo ó el bazo reblandecido; ó bien que, verificándose el ataque poco despues de comer, si vomita el enfermo, como sucede algunas veces, á causa de la contraccion de la faringe ó de un trismus, no puedan ser arrojadas las materias al esterior y penetren en las vías aéreas. El doctor Gendron (de Chinon) ha observado un hecho de esta especie siendo interno del hospital de Bicetra. La muerte, que sobreviene por la repeticion de los ataques, se verifica generalmente por asfixia. Esta se esplica por el espasmo de los músculos respiratorios. Algunos autores suponen ademas que hay cerramiento de la glotis con motivo del espasmo de sus músculos constrictores; pero nada prueba esta hipótesis. Algunos enfermos sucumben de repente, en el intervalo de los ataques por síncope, y tal vez por una especie de suspension de la accion nerviosa.

Rarísima vez se cura la epilepsia, si bien no es esta la opinion de M. Herpin. Este médico dice que la epilepsia entregada á sí misma se cura en una veintena de casos, que la medicina puede intervenir útilmente en las tres cuartas partes, y procurar en una quinta parte una mejoría mas ó menos duradera, y por último, que el número de epilepsias rebeldes á los tratamientos dirigidos con perseverancia, no es mas que el de una cuarta parte. Esta opinion, contraria á la generalmente admitida, se funda en que el médico ginebrino considera como curaciones definitivas ventajas que nosotros solo calificariamos de mejorías. El dice en su libro (p. 85) que da por curado á un enfermo cuando ve que bajo la influencia de un tratamiento cesan los ataques por un espacio de tiempo

que escede en mucho el límite de un simple retraso en el curso habitual de las accesiones, sobre todo si la cesacion cuenta ya algunos años de fecha. En el caso en que despues de un largo período, largo relativamente al curso ordinario de los ataques, estos reaparecen, M. Herpin ve una recaida, y si triunfa de ella, cree en una nueva curacion.

Como quiera que sea, hay individuos privilegiados en quienes los ataques cesan de reproducirse. Esta curacion puede ser espontánea ó sobrevenir con motivo de una perturbacion viva de la economía, de una variacion de clima, de régimen, ó de una enfermedad intercurrente. Se han curado epilepsias de resultas de una quemadura, y Riviere decia que las curaba una cuartana que se prolongase considerablemente. El mismo efecto se atribuye á otras fiebres periódicas; pero nada hay desgraciadamente fundado en esta opinion, no obstante los hechos recientes publicados en 1846 por M. Girard en los *Annales médico-psychologiques*. Cuando la enfermedad debe terminar de un modo satisfactorio, se hacen cada vez mas raros los ataques y disminuyen de intensidad; en el caso contrario, se hacen mas frecuentes, se multiplican y se prolongan. Entonces no tardan en sobrevenir graves desórdenes en las facultades intelectuales; se debilita la memoria; quedan incapaces los enfermos de dedicarse á ningun trabajo algo sostenido; de cuando en cuando tienen delirio, y casi todos acaban por caer en un estado de manía, y luego de demencia incurable. Los mas favorecidos son irascibles, obstinados, estravagantes, y tienen alguna singularidad de carácter. La motilidad se altera tambien á su vez; sobreviene estrabismo, convulsiones dolorosas de la cara y contractura en un miembro; y si esta se prolonga mucho tiempo, se atrofia la parte. Si sobreviene la epilepsia en un niño pequeño, se detiene su desarrollo intelectual, y se queda idiota, á no ser que sean muy raros los ataques; si empieza despues de la pubertad, se pierde mas lentamente la razon. Por regla general es tanto mas marcada la influencia que ejerce la enfermedad sobre la inteligencia, cuanto mas tierna es la edad del paciente al aparecer por primera vez los accidentes, y cuanto mas distantes están los ataques unos de otros. La epilepsia no es, pues, de una manera absoluta un obstáculo al desarrollo, y aun al desarrollo notable, de las facultades intelectuales. Puediéramos citar á J. César, Mahoma y Petrarca, los cuales, segun se dice, fueron epilépticos. Cuando se cura la epilepsia en una época en que todavía no está muy adelantada la demencia, pueden recobrar casi completamente su energía las facultades intelectuales.

Si esceptuamos las palpitaciones, que suelen ser comunes en los epilépticos, podremos decir con Georget que el estado de todos los órganos forma un contraste admirable con el del cerebro. Los enfermos comen y digieren bien y están gordos; las mujeres tienen las reglas, y pueden hacerse embarazadas lo mismo que las otras; pero Georget dice que la menstruacion es tardía en ellas. Las secreciones no presentan nada de particular. El mismo profesor añade que estos enfermos están probablemente mas espuestos á las flegmasias cerebrales, torácicas y abdominales, que los demás individuos; pero esta opinion no creemos que esté fundada en datos estadísticos.

Diagnóstico.—La epilepsia se halla suficientemente caracterizada por la pérdida repentina del conocimiento; por la insensibilidad absoluta y las convulsiones mas bien tónicas que clónicas; por el predominio de los accidentes con-

vulsivos en uno de los lados del cuerpo; por la inyeccion violada de la cara, que luego se convierte en una palidez cadavérica; por la salida por la boca de mayor o menor cantidad de espuma, y por la alteracion momentánea que presentan muchas veces las facultades intelectuales despues de los ataques. Si siempre fuesen bien marcados los accesos epilépticos no seria difícil el diagnóstico; pero no sucede asi. Veremos, por ejemplo, que ciertos ataques de histerismo en las mujeres pueden simular la epilepsia, y recíprocamente, y que en los niños no siempre es fácil determinar si las convulsiones que se observan son simples ataques de eclampsia ó bien accesos de epilepsia. Verdad es que la eclampsia no empieza tan de repente como la epilepsia, que en ella rara vez está completamente abolida la sensibilidad; que el ataque es, segun se dice, mucho mas largo; que casi nunca hay espuma en la boca, ni es tan marcado el predominio de las convulsiones en un lado del cuerpo; que la cara, por último, nunca tiene el aspecto repugnante que en la epilepsia, y que los movimientos no son por sacudidas, si bien son irregulares. Sin embargo, no siempre están bien marcadas estas diferencias; asi es que algunas veces quedamos en duda, y no puede el problema resolverse desde luego. La eclampsia es, en efecto, una enfermedad casi siempre pasagera, al paso que la epilepsia, una vez desarrollada, persiste y va agravandose. Se atenderá tambien á una multitud de circunstancias accesorias, y especialmente á la edad del sugeto; pues tendremos mas motivo para creer que es la epilepsia cuando el individuo se aproxime á la pubertad. Ademas, segun observan MM. Rilliet y Barthez, solo puede haber confusion cuando las convulsiones son generales, violentas, y acompañadas de pérdida completa del conocimiento; porque si son parciales, poco intensas y el conocimiento permanece intacto, no cabe duda, pues en tal caso, solo puede haber un ataque de eclampsia.

Algunas meningitis, ciertas inflamaciones, congestiones y hemorragias cerebrales, se presentan acompañadas á veces de movimientos convulsivos epileptiformes. Lo mismo sucede con ciertas producciones accidentales que se desarrollan en el cerebro, ó con tumores que nacen de la cara interna del craneo; pero es imposible equivocarse, atendiendo á los síntomas que preceden y siguen á los ataques, síntomas que nunca se encuentran en las epilepsias ordinarias. La meningitis tiene casi siempre un primer período de escitacion, caracterizado por una calentura intensa, por una cefalalgia viva, por delirio y por vómitos. Si hay algunas veces convulsiones, son casi siempre parciales, y limitadas principalmente a algunos músculos de la cara. La cerebritis se distingue igualmente por la cefalalgia y por la calentura, aunque menos fuerte que en la meningitis; pero hay contraccion en un brazo y en una pierna, y luego despues una parálisis mas ó menos estensa. La hemorragia cerebral, por la pérdida súbita de conocimiento, y la hemiplegia que la acompaña comunmente, no ofrece ninguna semejanza con la epilepsia; sin embargo, cuando ocupa la protuberancia, puede, por los movimientos convulsivos que produce frecuentemente y por los trastornos generales que escita, remedar un acceso de epilepsia; pero la parálisis, la resolucion general de los miembros, la dificultad de la respiracion y la muerte pronta, serán para el diagnóstico suficientes elementos.

Me parece que es mas posible confundir los ataques de epilepsia con una simple congestion cerebral. El error es mas fácil porque el médico llega casi siem-

pre durante el período comatoso. Preciso es sin embargo recordar que los movimientos convulsivos son escesivamente raros en la hiperemia cerebral, los desórdenes cerebrales son mucho mas graves, la sensibilidad persiste ó no está mas que embotada, la inteligencia se pierde rara vez completamente, y si la congestion llega al estremo de abolir las funciones cerebrales, hay entonces una parálisis mas ó menos estensa. Por otra parte los accidentes persisten mucho mas tiempo que en la epilepsia, tan notable por la pérdida del sentimiento y de la inteligencia, por los movimientos convulsivos, por la dificultad de respirar, por la espuma en la boca, por el estado comatoso que sobreviene y por la cesacion pronta de estos accidentes.

Dicho tenemos que los tumores intra-cranianos provocan á menudo movimientos convulsivos, epileptiformes; pero estas convulsiones sintomáticas se diferencian de la verdadera epilepsia por la persistencia de ciertos accidentes, tales como cefalalgia violenta, pérdida de un sentido, obtusion, alteracion de la inteligencia, parálisis ó contractura. Casos hay, no obstante, en que esas epilepsias sintomáticas ofrecen el curso, y la intermitencia de la epilepsia esencial; la salud es completa entre las accesiones, y hasta se llega á conjurar estas por mas ó menos tiempo. Hechos de este género han citado Odier, Portal, M. Herpin, etc. Fácil es concebir que en semejantes casos el diagnóstico es absolutamente imposible.

Ya hemos dicho en su lugar respectivo que es difícil, y aun muchas veces imposible, distinguir la epilepsia simple de la saturnina. Tendremos presunciones á favor de esta última, si el sugeto está espuesto á emanaciones saturninas, si anteriormente no habia padecido accidentes convulsivos; y si á los ataques ha precedido delirio ó amaurosis. Sea como quiera, estas especies de epilepsia difieren entre sí por su curso y gravedad. La que depende de emanaciones saturnina sigue un curso esencialmente agudo y termina comunmente por la muerte. Si se verifica la curacion, es definitiva, y nunca se reproducen los ataques por tiempo que transcurra. Sabemos bien que no sucede lo mismo con la epilepsia propiamente dicha, la cual no suele quitar la vida á los primeros ataques; sigue un curso crónico, se reproduce de cuando en cuando, y ejerce al cabo sobre las facultades intelectuales y motrices una influencia perniciosa que no tiene la otra.

Por último, es preciso tener mucho cuidado con ciertos farsantes que saben fingir tan perfectamente los ataques de epilepsia, que han conseguido engañar algunas veces á prácticos muy instruidos. Pero debemos observar que el epiléptico verdadero que no está prevenido del ataque, cae en cualquier lado, y el que le simula, por el contrario, tiene cuidado de escoger un sitio en que no pueda lastimarse. Como la insensibilidad debe ser absoluta en la epilepsia, es preciso asegurarse de si sucede lo mismo en el sugeto en quien se supone una impostura; para esto se procurará sorprenderle con un ruido fuerte é improviso, como la detonacion de una arma de fuego; se le harán respirar vapores fétidos; se examinará si está dilatada la pupila; se irritrará la epidermis por medio de la urticacion, y se le amenazará con una operacion dolorosa ó con un peligro. Ademas, por muy diestros y ejercitados que estén estos sugetos, nunca pueden hacer suceder en muy poco tiempo al entumecimiento violáceo de la cara una palidez cadavérica, y la alteracion del semblante que se nota en el ataque verdadero.

Prognóstico.—La epilepsia es una de las enfermedades mas terribles que pueden acometer al hombre, porque si no mata de pronto, llega al fin á degradarle y á volverle valetudinario. Persistimos en creer que es una enfermedad que muy rara vez se cura, y que hasta los casos en que se nota alguna mejoría en los enfermos son muy escepcionales. Generalmente están todos conformes en considerar el vértigo epiléptico como mas grave que los accesos convulsivos, porque ocasiona mas pronto la demencia; pero, segun hace notar M. Calmeil, lo que mas rápidamente destruye la razon es la reunion de los ataques convulsivos con los vértigos. Varias circunstancias se han indicado como capaces de ejercer una influencia en el pronóstico. Asi es que está universalmente admitido que la epilepsia hereditaria es casi necesariamente incurable. Creo que M. Herpin es el único que ha combatido esta idea. Si el sexo y la constitucion carecen de influencia manifiesta, no podemos decir otro tanto de las edades que M. Herpin clasifica del siguiente modo en el órden creciente de gravedad: 1.° la vejez 2.° la juventud; 3.° la niñez; 4.° la virilidad. Es igualmente cierto que la epilepsia que se enlaza con algun vicio de conformacion congenito, con una detencion, por ejemplo, de desarrollo del encéfalo, como se observa tan frecuentemente en los idiotas, es constante y necesariamente superior á los recursos del arte. El pronóstico es tanto mas grave, cuanto mas largas son las accesiones y mas cercanas las unas á las otras, y las probabilidades de curacion disminuyen á medida que la enfermedad se va haciendo antigua. Recordemos sin embargo el hecho citado por Tissot, de un hombre, que epiléptico desde la cuna hasta la edad de 30 años, vió en esta edad cesar los ataques, y murió casi centenario sin ningun achaque. Con todo, la mayor ó menor antigüedad de la enfermedad tiene menos importancia, por lo que se refiere el pronóstico, que el número de ataques que los enfermos han sufrido. Dice M. Herpin que curan la mayor parte de los que han esperimentado menos de cien accesiones, pues solo observó trece que no gozaron de este beneficio. El buen y mal éxito se equilibra en los individuos que han tenido de ciento á quinientas accesiones, y mas allá de este número las curaciones son absolutamente escepcionales. Se ha dicho que la enfermedad es mas grave cuando no habia *aura*, lo que en realidad supone una invasion del mal mucho mas repentina. Celso desesperaba de la curacion, cualquiera que por otra parte fuese la edad de los enfermos, cuando estos caian súbitamente sin prodromos, y cuando las convulsiones eran generales.

Etiología.—La epilepsia es una enfermedad muy comun, puesto que, segun M. Herpin, se cuentan unos seis epilépticos por cada mil individuos. Conviene pues investigar con avidez las causas que la producen, las cuales se han dividido en predisponentes y determinantes.

La causa predisponente mas importante es sin contradiccion la trasmision hereditaria. Los hijos nacidos de padres epilépticos son efectivamente, segun los cálculos de M. Herpin, atacados en una proporcion cuatro ó cinco veces mayor que los que se hallan en las condiciones ordinarias. Resulta tambien de las observaciones del mismo autor y de las hechas anteriormente por MM. Bouchet y Cazauvielh (1), que la locura es igualmente una causa hereditaria de la epilepsia. ¿Pudiéramos decir lo mismo de las demás neurosis? Los hechos no nos permiten contestar por ahora.

(1) *Archives de médecine*, 1.° serie, t. X.

Está casi universalmente admitido que la epilepsia es mas comun en la mujer que en el hombre, pero se ignora aun en qué proporcion existe la diferencia. Como quiera que sea, se ha pretendido que hasta la edad de siete á diez años era poco apreciable.

Se dice que la epilepsia acomete con mas frecuencia á los individuos melancólicos y á los de constitucion débil, ó bien á los individuos de poca estatura que han sufrido un atraso marcado en el desarrollo general, y sobre todo en los que tienen una conformacion viciosa del cráneo ó un desarrollo incompleto del encéfalo. Tambien se afirma que ciertas enfermedades, como las convulsiones eclámpsicas y las escrófulas, constituyen una verdadera predisposicion á contraer la enfermedad.

Parece que el trabajo de la primera y segunda denticion no ejerce influencia alguna en la produccion de la epilepsia, y lo mismo decimos de la menstruacion. M. Herpin se siente inclinado á creer que el celibato, ó mas bien la continencia, dispone á las mujeres á la epilepsia, pero no á los hombres. La enfermedad puede sobrevenir en todos los períodos de la vida, pero es rara, al menos como afeccion primitiva en los viejos. Comunmente empieza en la primera infancia, y su frecuencia va en aumento desde el nacimiento hasta los diez y seis ó veinte años. En las observaciones analizadas por Leuret la edad de diez á catorce años es la que mas enfermos ha presentado; la primera infancia sigue en frecuencia á la adolescencia y á la juventud; por último, despues de los veinticuatro años es muy limitado el número de invasiones. Se dice que es mas comun la enfermedad en los climas frios; pero esta asercion no está demostrada. Tampoco sabemos si MM. Foville y Copland tienen suficientes razones para afirmar que la epilepsia es mas comun en las clases pobres que en las acomodadas. Tal vez lo que sucede es que estas últimas lo disimulan mas fácilmente que aquellas. Las pesadumbres, las fatigas, el esceso de trabajo intelectual, el abuso de los alcohólicos y de los placeres venéreos, y especialmente del onanismo, se consideran igualmente como causas predisponentes, y mas comunmente como determinantes. Pero entre estas últimas no hay ninguna tan enérgica ni frecuente como el terror, segun dicen, unánimes todos en este punto, MM. Tissot, Esquirol, Georget, Beau y Leuret. En efecto, consultando los principales datos estadísticos, se ve que esta sola causa ha producido mas de la mitad, de las dos terceras partes y hasta de las tres cuartas partes de epilepsias. Lo mas notable es que el terror puede provocar la epilepsia, aun cuando se sienta durante el sueño : asi le sucedió al albañil de que habla Tissot, que habiendo soñado que le seguia un toro furioso, dispertó sobresaltado y con una agitacion estremada, y fue acometido un cuarto de hora despues de un violento ataque de epilepsia. En ciertos casos depende esta, como ya hemos dicho, de una lesion material del encéfalo, especialmente de una falta de desarrollo como la que tan comun es en los idiotas, que generalmente padecen convulsiones epilépticas en proporcion de una octava parte. No es exacto lo que dicen muchos autores que la epilepsia pueda ser producida por causas que tengan su sitio en otros órganos que no sean el cerebro. Con razon Carlos Lepois se declaró en su tiempo contra esta opinion, que despues de él fue rehabilitada por Tisot y Esquirol. Los partidarios de las epilepsias *simpáticas* se han fundado especialmente en los casos en que existe una *aura epiléptica*, en la posibili-

dad que dicen hay algunas veces de evitar el ataque comprimiendo entre el cerebro y el punto de partida del aura, y aun de curar la enfermedad cauterizando ó estirpando esta parte. Pero téngase presente que no es la epilepsia la única afeccion del cerebro que empieza á sentirse en un punto distante de este órgano; respecto de los buenos efectos obtenidos por la cauterizacion y estirpacion de la parte en que nace el aura, solo diremos que es un hecho muy raro. Por otra parte, semejantes buenos resultados no deben causar mayor admiracion que el ver que una epilesia ó cualquiera otra neurosis, como la manía, se cura despues de una operacion grave, una mutilacion, una quemadura esterna, etc.

Una vez declarada la epilepsia, casi siempre se reproducen los ataques sin causa, ó bien por causas muy leves, como una contrariedad, un olor fuerte, etc. : á veces solo son provocados por una causa. Van-Swieten hace referencia de un niño que habiendo sido atacado de epilepsia por habérsele echado encima un perro grande, solo padecia los ataques cuando oia ladrar algun perro. Pero la circunstancia cuya accion es mas frecuente, es sin contradiccion la menstruacion. M. Herpin ha notado que la vuelta de las reglas estaba indicada por una mayor frecuencia de los ataques. Esta exacerbacion se nota por lo comun al principiar ó al concluir el período. Maisonneuve hace tambien mencion de este resultado.

Tratamiento.—La epilepsia es una de las enfermedades contra las cuales se han ensayado mas medicamentos; nada exageraríamos diciendo que pasa de trescientos su número. Solo la bibliografía del tratamiento ocupa en la obra de Henning 152 páginas en 4.° (1), y á este catálogo podriamos agregar trabajos considerables publicados de sesenta años acá.

Pocos medicamentos hay, desde los mas inertes hasta los mas activos, que no se hayan empleado contra la epilepsia; pero desgraciadamente son muchos los inútiles, y no hay ninguno dotado de propiedades soberanas.

El óxido de zinc ha sido uno de los remedios mas celebrados. Introducido por Ganbio y preconizado por Hufeland, ha sido frecuentemente administrado por M. Herpin.

Este médico, empezando por 6 granos, lleva la dosis hasta 1 ½ dracmas al dia y la medicacion es muy prolongada. M. Herpin pretende que despues de la supresion de las accesiones deben seguir los enfermos tomando una cantidad de remedio mayor que la que ha sido necesaria para alcanzar el primer objeto. Este médico, procediendo como acabamos de manifestar, ha curado en la proporcion de 8 por cada 10. Pero conviene recordar la interpretacion que da M. Herpin á la palabra *curacion*.

La valeriana es uno de los medicamentos que mas se han preconizado. Era el remedio en que mas principalmente tenia Tissot depositada su confianza. La propinaba en cocimiento; y mejor aun en polvos ó en estracto. El valerianato de zinc obra del mismo modo. M. Herpin prefiere á él otras dos sustancias, el sulfato de cobre amoniacal y la sal de los pantanos. La primera se ha dado por espacio de meses, progresivamente desde 1 granos hasta 12 al adulto, y desde ½ hasta 8 granos á los niños. La otra sustancia se ha sumi-

(1) *Analecta litteraria epilepsiam spectantia.* Lipsiæ, 1798.

nistrado en polvo á la dosis de 2 escrupulos hasta media onza y aun 6 dracmas, y con ella se han obtenido varias curaciones.

Tambien se ha encomiado en el tratamiento de la epilepsia la raiz de encina, la artemisa, el añil, el alcanfor, el almizcle, la quina, el aceite animal de Dippel, el aceite de trementina, la graciola, el sedum acre, las cantáridas y los polvos de topo-grillo; se ha empleado igualmente el ácido prúsico, el amoniaco líquido, los preparados del cobre y del mercurio, y hasta el nitrato de plata, cuyo uso prolongado ha producido gastralgias, y á veces desórdenes graves en las vías digestivas, al mismo tiempo que el tegumento esterno tomaba un color aceitunado ó negruzco enteramente indeleble. Tambien se han recomendado contra la epilepsia la mayor parte de los narcóticos, y principalmente el estramonio, el beleño, el opio y sobre todo la belladona, desde 4 hasta 18 granos; pero hasta ahora solo se han obtenido con este medio algunas ventajas muy raras y muy poco duraderas. Las accesiones han sido algunas veces mas ó menos lejanas, pero se cuentan muy pocas curaciones definitivas. La sangría se ha prodigado igualmente sin ventaja, y á veces con detrimento de los enfermos. Asi es que se ha renunciado á ella casi completamente, como no sea que se trate de combatir algunas complicaciones. Por último, las epilepsias acompañadas de una aura, han sido consideradas como dignas de un tratamiento especial. Asi es que se ha propuesto aplicar en el punto en que toma orígen, vejigatorios, fuentes y moxas. No falta quien pretenda que se corte el nervio ó se ampute la parte y á impulsos de tamaña idea se han practicado con lamentable frecuencia las mas graves mutilaciones. Algunos aconsejan aplicar al cráneo una ó varias coronas de trépano, ligar una de las carótidas, etc.; pero el buen sentido de todos los que lo tienen, rechaza en el dia semejantes operaciones.

Resulta, pues, que no conocemos todavía ningun medio directo capaz de modificar, como dice Tissot, la disposicion epiléptica del cerebro; pero el arte puede á veces moderar los ataques, y hacerlos menos frecuentes. Este es un resultado que no debemos desdeñar, porque disminuyendo la frecuencia de los ataques, se disminuye por necesidad la disposicion que les ha dado orígen. Lo mismo, dice Van-Swieten, que se borran del todo hasta los menores vestigios de las ideas que no se recuerdan de cuando en cuando; de la misma manera, si no se renuevan los movimientos epilépticos se destruye la aptitud para reproducirse. Esta comparacion es muy exacta, y cierta, no solo respecto de la epilepsia, sino tambien relativamente á las demás neurosis. Es, pues, indispensable someter á los epilépticos á un régimen severo; se les darán alimentos suaves, compuestos principalmente de carnes blancas; evitarán todos los escitantes, y todos los condimentos irritantes; se les prohibirá el uso de escitantes difusibles, como el té, el café y los licores; jamás beberán vino puro. Se tendrá cuidado de que no se establezca ningun movimiento fluxionario hácia la cabeza, y para evitarlo se mantendrá el vientre libre por medio de levativas y purgantes suaves tomados de cuando en cuando. Se favorecerán las funciones cutáneas con el uso prolongado de baños tibios. Tissot recomienda mucho este medio; pero dice que debe usarse con perseverancia por espacio de meses y años, y á veces sin término limitado. Se auxiliará su accion con fricciones secas en la superficie del cuerpo, y especialmente en las estremidades inferiores,

si están habitualmente frías. Cuando existe esta última circunstancia, es preciso cubrir los piés y las piernas con lana, y recomendar un calzado fuerte que resguarde de la humedad. Los enfermos harán ejercicio, pero sin fatigarse; no correrán, ni harán esfuerzos, ni gritarán; no se dedicarán á ningun trabajo penoso que exija grandes esfuerzos musculares ó una atencion muy sostenida; procurarán no estar en habitaciones cuya temperatura sea muy elevada, como teatros, reuniones, etc. Pero lo principal es, dice Tissot, ejercer mucha vigilancia sobre las pasiones; todo lo que las escita es necesariamente pernicioso. La sangría no es, como se ha dicho, un medio curativo de la epilepsia, pero suele ser útil. Debe recurrirse á ella para los sugetos pletóricos y cuando hay congestion á la cabeza: si es urgente se practicará una sangría general; pero en el mayor número de casos será mejor aplicar algunas sanguijuelas al ano, y repetir de cuando en cuando esta aplicacion.

Cuando hay algun signo que indique la aparicion próxima del ataque, suele bastar para precaverle colocar al enfermo en otro medio, ó hacerle cambiar de postura. Asi es que metiéndole en un baño á la hora en que suele presentarse la accesion, hemos conseguido algunas veces evitar su aparicion. Leuret ha logrado tambien conjurar ataques que aparecian de noche, no permitiendo á los enfermos que se acostasen mientras amenazaba la crisis, y haciéndoles estar de pié.

Cuando á pesar de estas precauciones sobreviene un ataque de epilepsia, es preciso colocar al enfermo de manera que no pueda lastimarse; se le quitará toda la ropa capaz de incomodarle y aumentar las congestiones hácia el pecho ó hácia la cabeza. Si es posible, se introduce entre los dientes un rollito de lienzo mojado, para evitar que los enfermos se corten ó muerdan la lengua. Si el ataque es corto, se limitará el médico á ser simple espectador; si se prolonga, si se compone de muchos parasismos, si hay un estado permanente de congestion hácia la cabeza, debe practicarse una sangría general, aplicar á las estremidades inferiores cataplasmas sinapizadas abundantes, y si esto no basta, meter al enfermo en un baño tibio y tenerle en él todo el tiempo que se pueda. Cuando es tan violento el ataque que pone en peligro la vida, debe corregirse antes de todo la congestion cerebral por medio de sangrías generales, aplicaciones de sanguijuelas detrás de las orejas, refrigerantes aplicados á la cabeza, revulsivos enérgicos y vejigatorios á las estremidades inferiores, etc. Cuando la epilepsia viene precedida de prodomos inmediatos, ¿se puede hacer abortar la accesion? Algunos dicen que sí; de consiguiente puede intentarse, aunque sin esperanzas de conseguirlo. En tal caso se ha aconsejado hacer inspirar una sustancia penetrante, como el amoniaco líquido ó el carbonato de amoniaco; y si hubiese aura, comprimir con fuerza entre ella y el cerebro. De este modo he conseguido evitar con frecuencia un ataque inminente en uno de los enfermos, de que he hablado antes, que tengo á mi cargo.

Naturaleza.—En vista de los resultados negativos que suministra la anatomía patológica, es evidente que la epilepsia solo puede colocarse entre las neurosis. MM. Bouchet y Cazauvieilh han procurado, sin embargo, demostrar en una memoria inserta en el tomo IX de los *Archives*, la naturaleza inflamatoria de la enfermedad, localizándola en la sustancia medular; pero esta opinion, contraria á lo que han visto todos los observadores, no resulta muy claramente

probada por los hechos que invocan estos mismos autores. Ademas, ¿cómo referir á una flegmasia de los centros nerviosos una enfermedad que aparece de repente, que acomete como un rayo, y que deja de presentarse por espacio de meses y años sin que quede el menor vestigio en ninguna parte? Semejante curso escluye toda idea de inflamacion. ¿Diremos, como algunos, que la epilesia es una forma de congestion? Sin negar que una hiperemia cerebral pueda ocasionar el ataque, afirmaremos que la congestion no constituye la enfermedad, y nada prueba tampoco que el flujo de sangre sea el primer fenómeno del ataque. Agréguese á lo dicho que en todos los casos es mucho menos fuerte al fin de la accesion que al principio. Por otra parte, la congestion cefálica no esplica ninguno de los fenómenos esenciales de la epilepsia, y es fácil probar, que lejos de constituir la esencia de la enfermedad, es, por el contrario, consecuencia de ella, y depende siempre de la perturbacion de la circulacion y mas aun de los trastornos de la hematosis, y de la dificultad de respirar, debida á la tension convulsiva de los músculos encargados de dilatar el tórax.

DEL ÉXTASIS.

El éxtasis es un estado en que un sugeto enteramente entregado á una idea dominante, permanece inmóvil y estraño á cuanto le rodea. Arquímedes, que buscando la solucion de un problema de geometría no oyó el tumulto de una ciudad entregada al saqueo, y Sócrates, que en una profunda meditacion permaneció inmóvil en un mismo sitio por espacio de un dia entero espuesto á los rayos de un sol ardiente, son ejemplos de éxtasis.

Los individuos que se hallan en este estado presentan como fenómenos comunes, la suspension de los movimientos voluntarios y del ejercicio de los sentidos; pero, como dice muy bien M. Calmeil, faltan espresiones para pintar las sensaciones puramente cerebrales que esperimentan. Unas veces es una sensacion de bondad y de beatitud, como le sucedia á santa Teresa en sus accesiones extáticas; otros tienen alucinaciones de los sentidos, como le sucedió al apostol San Pablo que en un éxtasis se creyó transportado al cielo, y oyó cosas inefables que los hombres, dice él, no pueden oir ni comprender. En lo fuerte de la accesion, el sugeto, sentado, de pié ó de rodillas, tiene los ojos abiertos y fijos, y dirigidos comunmente al cielo; el rostro está pálido, la boca entreabierta; hay insensibilidad é inmobilidad, y á veces conservan los miembros la posicion que se les da, como en la catalepsia: esto, sin embargo, es bastante raro. La duracion de la accesion es muy variable. Al terminarse se quejan los enfermos de quebrantamiento y fatiga; estan muy abatidos, y algunas mujeres tienen opresion y lloran mucho, como en el histerismo. Los ataques se reproducen con mas ó menos frecuencia; pero no poseemos ningun dato exacto acerca del curso, terminaciones, consecuencias y grados de gravedad de esta afeccion.

El éxtasis es una enfermedad bastante rara, que se observa en los sugetos que se entregan á largas y profundas meditaciones sobre materias abstractas; mas comunmente aun se observa en personas fervorosas dadas á prácticas muy austeras y que siempre estan pensando en cosas del cielo, lo que esplica la frecuencia del éxtasis en los anacoretas y ermitaños. Puede reinar epidémicamen-

te, y entonces se propaga por imitacion. En 1841 y 1842 se ha observado entre los campesinos de la Suecia central una epidemia de esta clase, que ha sido decrita por el doctor Souden. (*Gazette médicale de* 1843).

Tratamiento.—Durante el éxtasis se procura estimular al enfermo con sinapismos, echándole agua fría en la cara, haciéndole respirar un olor penetrante. Si se prolonga la accesion se le administran los alimentos con la sonda esofágica. Para evitar nuevos accidentes, se procurará modificar su régimen y costumbres, y separar de él todo lo que pudiera fijar su imaginacion en el objeto ordinario de su contemplacion.

DE LA CATALEPSIA.

La catalepsia es una afeccion intermitente, apirética, acompañada comunmente de pérdida del conocimiento y de una rigidez tetánica parcial ó general, pero con la particularidad de que los miembros conservan durante todo el ataque la posicion que tenian al empezar, ó bien la que se les ha dado, por muy penosa é incómoda que sea. En los ataques de catalepsia, generalmente es nula ó por lo menos muy obtusa la sensibilidad. La respiracion está libre y el pulso comunmente lento; algunos enfermos pueden tragar y digieren bien: sin embargo, en los ataques muy fuertes, la respiracion y la circulacion son casi insensibles, la piel está fría y las articulaciones rígidas. Asi se esplica cómo han podido ser enterrados vivos algunos catalépticos.

Estos síntomas se disipan poco á poco al cabo de mas ó menos tiempo; cuando vuelven en sí los enfermos, estan fatigados y tristes, algunos sollozan y no conservan ningun recuerdo del ataque, que ya dura algunos minutos, ya algunas horas, ya uno ó muchos dias. Puede no haber mas que un ataque, ó bien repetirse rápidamente ó con intervalos largos. En las mujeres suele complicarse la captalesia con el histerismo. Por sí sola no constituye una afeccion grave, y si alguna vez termina de un modo funesto es por efecto de alguna complicacion trascedental que la acompaña.

La catalepsia es un estado morboso muy distinto del éxtasis, en esta, dicen Georget y Calmeil, en lugar de estar suspendido el ejercicio del pensamiento, se dirige esclusivamente á la contemplacion de un objeto, y le absorben una idea y goces imaginarios, que aumentan todavía mas la exaltacion del entusiasmo.

Causas.—La catalepsia es una afeccion bastante rara, de suerte que M. Bourdin en su obra no ha podido reunir mas que treinta y ocho casos. Es mas comun en las mujeres, y predisponen mucho á ella la juventud y el temperamento nervioso é irritable. Comunmente se manifiesta á consecuencia de una viva conmocion de placer ó de pena, ó de fatigas producidas por un trabajo escesivo, etc.

Tratamiento.—Durante el acceso se han aconsejado las emisiones sanguíneas locales y generales; otros, por el contrario, las reprueban y prefieren los estimulantes; la mayor parte recurren á los anti-espasmódicos, á los baños y á las afusiones ó á la proyeccion simple de agua muy fría en la cara. Solo este medio me ha producido todos los resultados que apetecia en uno de los mas bellos

ejemplos de catalepsia que se han visto. Por último, en los casos rebeldes se ha empleado la electro-puntura. Pero hasta ahora no ha demostrado la experiencia el valor de cada uno de estos métodos. Creemos que aquí, como en todas las enfermedades, y especialmente en las neurosis, no se puede aconsejar ningun tratamiento esclusivo, sino que hay que variarle segun las indicaciones predominantes. Si el acceso se prolongase mucho y el enfermo no tragase los alimentos, deberian inyectarse en el estómago con la sonda esofágica. Si se suspendiese momentáneamente la respiracion, deberia procederse á la insuflacion pulmonal. (Véase el tratado de Bourdin para mas pormenores).

DE LA PESADILLA.

La pesadilla es una especie de sueño, durante el cual siente el sugeto una ansiedad estrema, opresion y aun sofocacion, con imposibilidad casi absoluta de gritar y moverse, hasta que despertándose de repente termina un estado tan penoso. Es ordinariamente antes de media noche y cuando el sueño es muy profundo, que el individuo siente una opresion, una sofocacion penosa. Le parece á veces que se apoya contra su pecho impidiéndole respirar un cuerpo pesado, un animal, un hombre repugnante, una vieja, un monstruo, etc. Otras veces se le figura que está al borde de un precipicio, ó bien espuesto á caer en un horno encendido, ó que le persiguen ladrones, un toro, un perro rabioso. En medio de estos peligros hace esfuerzos inútiles para gritar, defenderse ó huir. Su epidermis está cubierta de sudor y el pulso acelerado; por último, al cabo de algunos segundos, de algunos minutos, ó á lo mas de un cuarto de hora de esta ansiedad estremada, se despierta el enfermo sobresaltado, y con un terror que no se disipa hasta pasados algunos minutos, despues que la inteligencia ha vuelto á su estado fisiológico. Las únicas incomodidades que sienten los sugetos son un poco de fatiga, algunas palpitaciones, un ligero temblor y un poco de cefalalgia; pero estos accidentes son de muy corta duracion, de una duracion casi efímera. La pesadilla no produce ningun resultado funesto en los adultos bien constituidos y con la imaginacion despejada; pero en los sugetos muy impresionables, en los niños, por ejemplo, provoca algunas veces ataques de epilepsia; en iguales condiciones algunas jóvenes se han vuelto histéricas y muchos sugetos que tenian el cerebro débil han esperimentado un trastorno en sus ideas. No es raro, dice M. Calmeil, que el delirio monomaniaco tome de la pesadilla sus principales elementos. Durante el dia no existe ninguna lesion de los sentidos; pero el paciente cuenta con espanto todo lo sufrido durante la noche, y la interpretacion que da á las sensaciones penosas que tiene mientras duerme le arrastra á divagaciones continuas y á actos que á veces es preciso reprimir.

Causas.—La pesadilla se declara principalmente en los sugetos que hacen escesos en las vigilias, en la mesa y en los placeres venéreos, ó que exaltan su imaginacion con la lectura de nóvelas y cuentos fantásticos. Es frecuente en el curso de las lesiones orgánicas del corazon, y tampoco es rara, segun algunos, en las afecciones del hígado y del estómago. Pero esta asercion no nos parece exacta.

Tratamiento.—Para precaver la pesadilla basta muchas veces hacer que mude de posicion el enfermo en la cama; que se acueste por ejemplo, de un lado ó de otro y con la cabeza levantada. Si la afeccion depende de la dificultad de las digestiones, se aconsejará al enfermo que cene poco y mas temprano, y que no se acueste hasta que esté muy avanzada la digestion. Cuando se note que un sugeto es presa de la ansiedad de una pesadilla, se le debe despertar al momento y tranquilizarle. Esta precaucion debe sobre todo tomarse con los niños.

QUINTO GÉNERO DE NEUROSIS.

NEUROSIS ESPECIALES DE CIERTOS ÓRGANOS. NEUROSIS ESPECIALES DE LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS.

DE LA AFONÍA NERVIOSA.

Se entiende por *afonía* la pérdida mas ó menos completa de la voz, sea cual fuere la causa que la determine.

En las enfermedades de la laringe hemos indicado frecuentemente, como uno de sus síntomas mas constantes, la afonía ó diversas alteraciones de la voz; pero ahora solo debemos ocuparnos de la pérdida de la voz, que no dependiendo de ninguna lesion material apreciable, constituye una neurosis especial de la laringe.

Síntomas.—La afonía nerviosa puede sobrevenir poco á poco ó bien de repente. Sin esperimentar ninguna especie de estorbo, de incomodidad, ni dolor hácia la laringe, no conocen los enfermos su estado hasta que quieren hablar. La voz está mas ó menos apagada, pero no enteramente abolida; hablan bajo, y muchas veces para proferir un sonido tienen que hacer esfuerzos considerables.

Curso, duracion y terminaciones.—El curso de la enfermedad es muy variable y enteramente irregular, como el de todas las neurosis, asi es que puede cesar muy pronto ó prolongarse indefinidamente. Muchas veces aparece y desaparece con intervalos mas ó menos largos, y aun se citan casos en que ha afectado la forma intermitente. La afonía desaparece unas veces poco á poco, y otras de repente. Asi es que muchos enfermos se quedan dormidos enteramente afónicos, y se despiertan al cabo de algunas horas con el uso espédito de la voz; pero esto apenas se observa mas que en las histéricas. En estas es tambien en las que cede instantáneamente la afonía sin dejar jamás vestigio alguno.

A veces es incurable esta enfermedad; y si cede despues de haber pasado mucho tiempo, es raro que la voz recobre jamás su fuerza y su timbre.

Diagnóstico.—No debe confundirse, como hacen muchos, la afonía con la mudez. En efecto, en esta última afeccion hay imposibilidad absoluta de formar sonidos articulados, al paso que en la afonía no pueden ser producidos los so-

nidos ó bien se hallan considerablemente debilitados. Despues de reconocida la afonía, hay que determinar si es nerviosa ó sintomática, lo cual generalmente no es difícil, si se considera que la primera sobreviene comunmente de repente sin dolor, tos, espectoracion, ni disnea. Si en algunos casos raros coincide la afonía en su principio con algunos signos de una fiegmasia muy ligera de la cámara posterior de la boca ó de la laringe, estos se disipan pronto, y no obstante continúa haciendo progresos la afonía.

Pronóstico.—Aunque la afonía no es grave, constituye una afeccion incómoda y á veces muy rebelde.

Etiología.—La afonía nerviosa, rara en los hombres, se encuentra especialmente en las mujeres histéricas, y se desarrolla muchas veces en ellas á consecuencia de sus ataques. Se ha dicho que las enfermedades de los órganos genitales podian determinarla simpáticamente; pero no está este hecho suficientemente demostrado. A veces ha sido consecutiva á una viva conmocion, y MM. Chomel y Blache han observado un caso de esta especie. Igualmente puede ser producida por el abuso de los alcohólicos, por la ingestion de ciertos narcóticos, como la belladona ó el beleño, y por una intoxicacion saturnina. En todos estos casos, los nervios recurrentes se hallan sin duda afectados de una manera particular; la anatomía y la fisiologia nos indican que deben estar enfermos; pero su lesion, si es que existe, no se halla al alcance de nuestros sentidos.

Tratamiento.—No hay ningun medio verdaderamente eficaz contra la afonía nerviosa. El curso, la irregularidad de esta afeccion, su desaparicion repentina y muchas veces sin causa conocida, deben hacernos muy circunspectos cuando tratemos de apreciar la influencia que han ejercido sobre la enfermedad los agentes terapéuticos. A menudo no hay en todo eso mas que una simple coincidencia. Entre los medios que se han aconsejado contra la afonía nerviosa, se encuentran todos los antiespasmódicos, y principalmente el succino (20 gotas de tintura etérea en 6 ú 8 onzas de vehículo) que ha gozado en estos casos de cierta reputacion. Los revulsivos sobre la laringe, los sinapismos, los vejigarios, las fricciones con el aceite de crotontiglio, las pomadas estibiadas son medios á la vez escitantes y perturbadores, que han sido útiles en muchos casos. Lo mismo sucede con los evacuantes gastro-intestinales y con la sangría; este medio, que parece contraindicado por la naturaleza de la afeccion, ha producido muy buenos efectos en un caso observado por Ollivier (d' Angers).

Finalmente, en los casos rebeldes se ha propuesto obrar de un modo directo sobre la laringe. Esta medicacion tópica ha sido recomendada muy particularmente por el doctor Bennati, que prescribia un gargarismo de alumbre (de 1 á 6 dracmas y aun mas en diez onzas de cocimiento de cebada), creyendo que la mucosa faringo-laríngea se hallaba en un estado de atonía. M. Trousseau ha recurrido posteriormente á la cauterizacion con el nitrato de plata, por el procedimiento que hemos descrito al tratar del edema de la laringitis crónica. En estos mismos casos se emplean la electricidad y la electro-puntura.

Ciertas afonías exigen ademas algunos medios especiales. La que es intermitente cederá á la administracion del sulfato de quinina; contra la que ha sobrevenido á consecuencia de la esposicion á las emanaciones del plomo, se recurrirá á los baños sulfurosos, á la estricnina y á los revulsivos al cuello, y

se combatira además la caquexia saturnina por los medios convenientes, con el uso de los tónicos y de los ferruginosos.

DE LA COQUELUCHE.

Sinonimia.—Catarro convulsivo, tos amoratada, tos sofocante, tos convulsiva.—Coqueluche viene de *coqueluchon*, pues asi se llamaba en Francia una especie de caperuza con que los enfermos se cubrian la cabeza (*Valleriolla*), ó de *coqueticot*, en español *ababot* ó *amapola*, porque se empleaban contra esta enfermedad las flores de esta planta (*Marcus*), ó por la semejanza de la tos con el canto del gallo, *cog* en francés.

La coqueluche es una enfermedad caracterizada por una tos convulsiva que repite por ataques, en los cuales se suceden con suma rapidez muchos movimientos de espiracion ruidosa, y son seguidos de una inspiracion lenta, penosa y muy sonora.

Historia.—No se encuentra descrita esta enfermedad en ninguna de las obras de los médicos árabes y griegos. Algunos autores reneren sin causa suficiente á la coqueluche algunas toses epidémicas de la edad media, indicadas mas bien que descritas por los historiógrafos, y que aunque se les ha dado el nombre de coqueluche, parece que se refieren mas bien á la grippe. Willis fue el primero que indicó con claridad la coqueluche; pero es preciso llegar al siglo XVIII para encontrarla como una enfermedad distinta. Desde esta época se han publicado con rapidez muchas obras en toda Europa; siendo principalmente de notar la de Alberti (1), la de Forbes (2), la de Strack (3), la de Watt (4), etc. En Francia poseemos el tratado de M. Desruelles, el escelente artículo de M. Blache en el *Dictionnaire de médecine*, y las investigaciones de MM. Rilliet y Barthez.

Anatomía patológica.—Sin razon han querido algunos autores referir la coqueluche á lesiones constantes, considerando como causa de la enfermedad lo que no era mas que un accidente, una complicacion. Entre las lesiones que mas comunmente se han indicado, encontramos la bronquitis, que algunos han dicho que era constante; pero Blache ha demostrado que faltaba en muchos casos. En los sugetos que sucumben en el curso de la coqueluche, se encuentran casi con igual frecuencia pulmonías lobulares, tubérculos pulmonares y bronquiales y derrames en las pleuras. Pero es evidente que solo debemos ver en estas lesiones, complicaciones en cuya produccion ha tenido gran parte la coqueluche. Otro tanto diremos del enfisema que existe principalmente en el borde anterior de los pulmones y de las dilataciones que se encuentran en uno ó muchos bronquios. La primera de estas lesiones es efecto de los esfuerzos que hacen los enfermos durante los ataques violentos de tos. Las dilataciones resultan probablemente menos de esta causa que de la acumulacion de mucosidades, de lo cual hemos señalado ya un ejemplo al tratar de la bronquitis capilar.

Algunos autores han dicho que en la coqueluche estaban inflamados los nervios torácicos, y especialmente el neumogástrico. Breschet dice que ha encon-

(1) *Dissertatio de tussi infantum epidemia.* Hala, 1728.
(2) *Disputat. de tussi convulsiva.* Edimb., 1754.
(3) *De tussi convulsiva infantam*, Maguncia, 1777.
(4) *Treatise of the history, nature and treatment of chincough*, etc. Lond., 1815.

trado esta lesion dos veces, y el doctor Kilian quince; pero investigaciones mas numerosas han demostrado que era muy rara esta alteracion. En efecto, en Francia nadie la ha encontrado mas que Breeshet, y de 47 cadáveres reconocidos por Albers de Bonn, en 43 aparecieron sanos los nervios vagos, y solo en los otros cuatro habia un poco de rubicundez; pero todo induce á creer que esta era una lesion puramente cadavérica, es decir, una rubicundez por imbibicion.

Síntomas y curso.—Generalmente se han admitido en la coqueluche tres períodos, un primer período llamado *catarral*, un segundo, ó *espasmodico*, y otro tercero ó de *declinacion*.

Primer período.—En casi todos los casos, es decir, en 18 ó 19 por 20, empieza la coqueluche por un simple catarro con romadizo y estertor sibilante y ronco en el pecho. Este catarro es unas veces apirético, otras febril; comunmente está limitado á la tráquea y á los bronquios; pero algunas veces invade simultáneamente la mucosa de la nariz y la conjuntiva, como si fuese á presentarse el sarampion. La tos, aunque algunos digan lo contrario, no ofrece en esta época ningun carácter particular. Se ha supuesto tambien que esta bronquitis precursora de la coqueluche se distinguia de la bronquitis simple por venir acompañada de abatimiento, tristeza, sopor y cierto grado de ansiedad; pero estos fenómenos no son constantes, y cuando existen están mas bien en relacion con el aparato febril que con la flegmasia de las vias aéreas. Sea como quiera, al cabo de uno ó dos septenarios, algunas veces menos, casi nunca mas, empieza el segundo período, es decir, que la coqueluche se establece definitivamente y se caracteriza.

Segundo período.—Primeramente se observa que los golpes de tos son mas frecuentes y pertinaces, los sacudimientos mas fuertes y escitan á veces vómitos. En los casos raros en que falta el período catarral, empieza la enfermedad con la tos convulsiva. Esta puede declararse de repente; pero comunmente la anuncian algunos segundos ó minutos antes varios fenómenos. Los principales son un poco de opresion, un cosquilleo incómodo hácia la laringe ó el orificio de la tráquea, una aceleracion de los movimientos respiratorios, una actitud de ansiedad y de espanto, etc. Entonces los enfermos se sientan precipitadamente ó corren á agarrarse de un cuerpo sólido; si es de noche, se despiertan sobresaltados y se sientan en la cama; tienen mucha ansiedad y procuran contener la respiracion. Pero bien pronto se declara la tos, y los golpes se repiten tan rápidamente que los enfermos no pueden respirar, y es inminente la sofocacion. No pudiendo verificarse la hematosis por falta de aire en los pulmones, se abotaga la cara y luego se pone azulada; los ojos están prominentes y bañados en lágrimas; las venas del cuello distendidas, y las arterias laten con fuerza; el cutis, especialmente en la cara y en el cuello, está inundado de un sudor frio. Los esfuerzos que hacen los enfermos producen con frecuencia vómitos y escrecion involuntaria de orina y de materias fecales. A veces hay movimientos convulsivos y síncopes; y no es raro ver una exhalacion de sangre por la pituitaria y algunas veces por la conjuntiva ó por el conducto auditivo; otras veces se forman sufusiones sanguíneas en diversos puntos de la cara, y especialmente en el grueso de los párpados. No tenemos necesidad de decir que entonces es muy grande la ansiedad; la fisonomía de los enfermos espresa á la vez el dolor y el espanto; pero no tarda en disiparse este estado tan grave en la apariencia

y que indudablemente ocasionaria la muerte si se prolongase mas. Se observan primero pequeñas inspiraciones entrecortadas que interrumpen la continuidad de la tos, y luego, cesando esta, hacen los enfermos una inspiracion mas larga, silbante y enteramente característica. Sin embargo, esta inspiracion no es constante en los niños, y mucho menos aun en los adultos, en quienes este fenómeno se halla reemplazado muchas veces por una inspiracion simplemente prolongada; pero, sea como quiera, el acceso termina entonces. A veces, no obstante, es un simple descanso, una tregua otorgada al enfermo. En este caso, despues de una corta suspension, se reproducen los mismos síntomas, y no cesan definitivamente hasta que los enfermos han arrojado con la tos ó con los esfuerzos del vómito mas ó menos cantidad de un líquido viscoso, albuminoso, mezclado á veces con sustancias alimenticias.

Estas accesiones duran por lo comun de medio á un minuto, y rara vez mas, y se repiten con mayor ó menor frecuencia. MM. Rilliet y Barthez han visto hasta setenta y dos en un dia; por lo comun no bajan de veinte, y son mas frecuentes de noche que de dia, aunque algunos autores pretendan lo contrario. Los ataques se presentan comunmente sin causa; á veces son provocados por la impresion del frio, los gritos, las carcajadas, el llanto, un dolor, una conmocion, la distension del estómago por los alimentos, etc.

Hay muchos niños que, inmediatamente despues del ataque, recobran su alegría y se ponen á jugar. Pero si los golpes de tos son largos y muy frecuentes, suelen dejar despues mucha incomodidad, cefalalgia, pesadez de cabeza y dolores en el pecho, especialmente hácia las inserciones del diafragma; hay tambien una sensacion de quebrantamiento y cansancio sumo; la cara permanece algun tiempo abofellada y el pulso acelerado. En este período regularmente no hay ya fiebre; sin embargo, algunas veces persiste todavía, y aun es mas intensa, en cuyo caso se complica casi siempre con alguna flegmasia, especialmente de los pulmones.

La esploracion del tórax, en el segundo período de la coqueluche, da resultados muy importantes. Siempre se conserva la sonoridad del pecho, escepto cuando hay ciertas complicaciones. En el intervalo de los ataques no se descubre generalmente por medio de la auscultacion ningun estertor, el murmullo respiratorio es vesicular en todas partes; pero si se aplica el oido durante los ataques, cuando el enfermo no hace mas que espiraciones y ninguna inspiracion, no se oye ruido alguno, ni se siente mas que la conmocion que imprime la tos á las paredes torácicas. Tampoco se percibe el ruido vesicular cuando solo hay inspiraciones pequeñas y entrecortadas; lo mismo sucede durante la inspiracion silbante, lo cual prueba que el aire no pasa entonces de la tráquea y de las primeras divisiones de los bronquios.

Varía mucho la duracion del período espasmódico; puede no pasar de dos septenarios, ó prolongarse dos ó tres meses y aun mas; pero segun MM. Rilliet y Barthez, no suele ordinariamente pasar de treinta ó cuarenta dias.

Tercer período.—Este es el período de declinacion. Cuando la enfermedad propende á la curacion se alejan mas los ataques, son mas cortos y menos penosos, y los golpes de tos se parecen cada vez mas á los de una bronquitis ordinaria. Por último, despues de un transcurso de tiempo muy indeterminado, al cabo de una ó muchas semanas, de uno ó muchos meses, vuelve todo á su estado normal.

Complicaciones.—La coqueluche se complica muchas veces en su curso con diversas afecciones.

Estas complicaciones son mucho mas frecuentes en los niños; sobrevienen especialmente en el segundo período; las principales son la neumonía, la bronquitis capilar, los tubérculos pulmonares, la pleuresía, la meningitis, la enteritis, etc. Los golpes de tos pueden provocar ademas un enfisema pulmonar, una dilatacion de los tubos bronquiales, la formacion ó reaparicion de una hernia, y en los niños principalmente la procedencia del recto.

M. Blache ha observado que jamás se modifica el curso de la coqueluche por la aparicion de enfermedades intercurrentes: sin embargo, á veces se nota que una afeccion febril suspende por algun tiempo los ataques y hasta cura á los enfermos: este hecho tiene en su apoyo el testimonio de M. Trousseau.

Duracion y terminaciones.—De lo dicho se deduce cuán variable es la duracion de la coqueluche. Aunque no sea posible decir nada de cierto acerca de este punto, nos aventuramos á declarar que es muy raro que cese la enfermedad antes del segundo septenario; mas comunmente dura uno ó muchos meses.

Cuando la coqueluche es simple, termina casi siempre por la curacion; apenas hay uno ó dos ejemplos de muerte ocurrida durante el ataque: la terminacion funesta casi siempre es producida por alguna complicacion. Sin embargo, la coqueluche pudiera ocasionar por sí sola la muerte si se prolongase mucho tiempo; los niños en este caso se desmejoran, se van estenuando, pierden las fuerzas y sucumben.

Diagnóstico.—La coqueluche se distingue fácilmente del crup, en el cual la voz es ronca y apagada, y la tos sorda y ahogada; ademas continúa la disnea en el intervalo de las crisis, á no ser que hayan sido espelidas las falsas membranas. Solo podria confundirse la coqueluche con una bronquitis aguda acompañada de violentos golpes de tos. Pero en la inflamacion de los bronquios nunca se presentan los golpes de tos con esos síntomas de axfisia que hemos hecho notar antes; la inspiracion que los termina jamás es sibilosa; rara vez hay vómitos; las materias espectoradas son mucosas, pero no viscosas ni albuminosas.

Pronóstico.—La coqueluche simple, sin complicacion, no es generalmente grave. El pronóstico es tanto mas funesto cuanto mas jóven y mas débil es el niño. La coqueluche epidémica es por lo regular peor que la esporádica. La existencia de la calentura en el período espasmódico debe llamar la atencion del médico, y hacer sospechar alguna complicacion grave en el pecho.

Etiología.—Puede sobrevenir la coqueluche en todas las edades, pero ataca con preferencia á los niños de uno á siete años, segun las investigaciones de M. Blache. Este mismo autor ha probado que la enfermedad era algo mas comun en las niñas que en los niños. Casi todas las constituciones están igualmente espuestas á padecerla; se presenta en todos los climas y en todas las épocas del año; ataca á los ricos lo mismo que á los pobres; sin embargo, tal vez sea algo mas comun en estos últimos, porque las malas condiciones en que viven, parece que favorecen mucho el desarrollo de la enfermedad. La coqueluche reina muchas veces epidémicamente, y es raro que se pueda descubrir una causa escitante. En el dia no ha de ponerse en duda el carácter contagioso de la enfermedad, porque Rosen, Duges, MM. Rostan, Guersant, Musler, Blache,

Trousseau, Bouchut y otros varios, han citado en su apoyo hechos irrecusables. Guersant cree que es tanto mas fácil la trasmision, cuanto mas completamente está desarrollada la enfermedad, y fija en cinco ó seis dias la duracion del período de incubacion. La coqueluche, como otras muchas enfermedades contagiosas, solo ataca una vez al mismo sugeto: son tan raras las recidivas, que Rosen no ha observado ni una sola en treinta y dos años de práctica.

Tratamiento.—Pocas enfermedades hay que se hayan combatido con mayor número de agentes terapéuticos que la coqueluche; pero solo examinaremos los principales.

En el primer período de la enfermedad se debe adoptar el tratamiento que se seguiria para combatir una bronquitis ordinaria. Este mismo se continúa en el segundo período, con tal que la coqueluche sea simple, pero deberá estarse al cuidado de los enfermos y sentarlos inmediatamente que se presente el ataque, porque sin esta precaucion seria fácil que los niños muy tiernos muriesen sofocados. Si hay espectoracion copiosa, y si parece que las mucosidades segregadas en abundancia provocan los ataques de tos, es preciso administrar un vomitivo, siendo preferible la ipecacuana, que se da en polvo ó en infusion; si hay constipacion, se prescribe un ligero minorativo. El emético es el medicamento que preferia Cullen: le administraba con frecuencia, pues queria provocar repetidos vómitos; despues en los intervalos prescribia los eméticos antimoniales á dosis menores, con objeto de escitar únicamente náuseas. Por lo comun administraba el tartrato antimoniado de potasa, segun la fórmula de Fothergill (1). Estos medios suelen hacer mas raros los ataques. La sangría, recomendada por algunos, solo debe prescribirse cuando haya calentura, cuando el sugeto sea robusto y pletórico, ó bien cuando sobrevenga alguna complicacion que exija su uso. Siempre que sea posible se preferirá la sangría general á la local, escepto en los niños muy pequeños.

En este período es en el que se han preconizado los sedativos y antiespasmódicos, y principalmente el opio, la belladona, la cicuta y el ácido hidrociánico entre los primeros, y el almizcle, la asafétida y el óxido de zinc entre los segundos. El opio no parece tan eficaz como algunos suponen; y por eso se prefiere la belladona, que se administra en polvo recien preparado, y cuya dosis varia segun la edad del enfermo. Siempre se empieza por pequeñas cantidades, como una ó dos quintas partes de grano, y se aumentan progresivamente hasta que sea apreciable la influencia del medicamento sobre la pupila. Se ha recomendado tambien que se den fricciones en el epigastrio con una pomada compuesta de dos dracmas de estracto de belladona y una onza de cerato. Otros, como M. Blache, aplican al pecho cataplasmas de harina de linaza hechas con un cocimiento de hojas de belladona. Por último, M. Fuster emplea las fumigaciones de esta planta.

La cicuta ha estado bastante en boga, particularmente en Alemania, y se prescribe en forma de estracto, empezando por una ó dos quintas partes de grano dos ó tres véces al dia. Algunos la dan sola; otros la asocian al emético (Sehle-

(1) Se toman dos granos de emético y se mezclan exactamente con 40 granos de polvo de cangrejos para dividirlo con facilidad en pequeñas dosis. Se da á los niños de 1/5 de grano á un grano de este polvo, en una cucharada de leche ó de agua. Si no basta, se aumenta la dosis al dia siguiente repitiendo el vomitivo todos los dias.

singer), y otros á la belladona y al óxido de zinc (Guersant). No haremos mencion aquí del ácido hidrociánico sino para proscribirle, especialmente en los niños, á causa de los accidentes que puede producir, por muchas precauciones que se tomen; en su lugar puede emplearse el agua de laurel real, si bien no está demostrada la eficacia de esta preparacion.

Cuando no producen efecto los narcóticos, se recurre á los antiespasmódicos. Se administra la asafétida en lavativa y aun por la boca, mezclada con partes iguales de jarabe simple; otros prefieren el óxido de zinc á la dosis de dos granos cada dos ó tres horas, sin pasar de ocho ó diez en las veinte y cuatro. Tambien pueden combinarse estos dos medicamentos. Un médico de Leon de Francia, M. Levrat-Perroton, aconsejó años atrás, como específico, el amoniaco líquido á la dosis de seis gotas en una pocion de cinco onzas, de que se toma una cucharada cada hora; pero la esperiencia no ha acreditado aun el valor de esta medicacion, que tiene, sin embargo, la ventaja de poderse ensayar sin peligro.

No hablaremos de otra multitud de medios empíricos recomendados contra la coqueluche: solo citaremos la vacunacion aconsejada por algunos, especialmente en Inglaterra, para manifestar dudas acerca de su eficacia, ya como medio preventivo, ya como á propósito para abreviar la duracion de la enfermedad: lo mismo diremos de los revulsivos aplicados al pecho. Los tónicos y los amargos, especialmente la quina, no tienen accion alguna directa contra la enfermedad, y solo deben emplearse en el tercer período para llenar una indicacion especial, para sostener las fuerzas en un sugeto debilitado. Los baños tibios son muy útiles en los niños irritables que tienen espasmos, agitacion y accidentes convulsivos. Finalmente, uno de los medios mejores para cortar los ataques en las coqueluches rebeldes, es la mudanza de lugar; á veces basta trasportar al enfermo á otro barrio para que inmediatamente se alivie, ó cese del todo la enfermedad. Cuando no hay calentura y el tiempo no está muy frio, deben salir los enfermos al aire libre y hacer ejercicio. Se les dará de comer sin cargar ó distender demasiado el estómago; las comidas, de consiguiente, deberán ser, como aconseja M. Blache, mas bien muchas que abundantes. La alimentacion se compondrá de sustancias suaves, escepto al fin de la enfermedad, si los enfermos son sugetos débiles, para los cuales hay que recurrir muchas veces á alimentos mas sustanciosos: en estos últimos, se aconseja tambien el uso de vestidos interiores de franela y las fricciones cutáneas secas.

Ninguno de los medios preservativos es eficaz, y no hay seguridad posible sino aislando á los enfermos.

Naturaleza.—En vista de lo dicho es inútil refutar la opinion de los médicos que consideran la coqueluche como una variedad, una forma especial de la bronquitis. En efecto, la inflamacion de los bronquios en este caso no es mas que un accidente de la enfermedad, una complicacion. Conformes con Huffeland, Albers, J. Frank, MM. Roche, Blache y Guersant, consideramos la coqueluche como una neurosis, y fundamos nuestra conviccion, en que cuando es simple la enfermedad, no tiene ningun carácter anatómico; en la falta ordinaria de calentura en su período espasmódico; en su curso irregular, y en los ataques que la caracterizan, que una vez terminados no dejan vestigio alguno. A esto debe agregarse la impotencia de las sangrías, la utilidad de los sedativos,

y la cesacion á veces repentina de la enfermedad por sola la mudanza de lugar.

Pero ¿en qué parte de las vías respiratorias debe localizarse la enfermedad? ¿En los bronquios, en la mucosa aérea, ó en el nervio vago? Este es un misterio que hasta ahora no hemos podido penetrar.

DEL ASMA.

En una época en que las enfermedades solo se caracterizaban y denominaban por los trastornos funcionales, la palabra *asma* era casi sinónima de *disnea*, y se distinguia en *permanente* y *periódica*, segun que la dificultad de respirar era continua ó se presentaba sólo de tiempo en tiempo. Sin embargo, los principales nosógrafos, como Sauvages y Cullen, refiriendo á la palabra asma la idea de una dificultad de respirar intermitente, que se presentaba á intervalos, procuraban separar las disneas sintomáticas de las lesiones orgánicas, de ciertas dificultades de respirar, que dependiendo de alteraciones menos palpables, las consideraban ellos como esenciales. Los incesantes progresos de la anatomía patológica han reducido cada vez mas el número de estas pretendidas disneas nerviosas, que casi siempre pueden referirse á una lesion del corazon ó de los grandes vasos, y tal vez con mas frecuencia al enfisema pulmonal. Pero debemos evitar caer en la exageracion y estremo en que han caido algunos contemporáneos nuestros negando la existencia del asma nerviosa, del asma esencial, es decir, de la que es independiente de toda lesion material apreciable á nuestros sentidos por los medios de investigacion que en el dia poseemos. Sin embargo, hechos poco numerosos, es verdad, pero recogidos por recomendables observadores han demostrado que realmente existia una neurosis de las vías respiratorias, caracterizada por *ataques de opresion que se reproducen en épocas irregulares*; *comunmente muy distantes unas de otras, y en cuyo intervalo gozan los sugetos de perfecta salud.*

Este punto importante de medicina ha sido perfectamente establecido por un médico distinguido de marina, M. Am. Lefevre en un trabajo premiado por la Sociedad de medicina de Tolosa de Francia.

Síntomas y curso.—El asma empieza algunas veces de repente; en otros casos la preceden, aunque pocos momentos, malestar, bostezos, pandiculaciones, y un desprendimiento mas ó menos considerable de gases por la boca ó por el intestino. El ataque se presenta por lo comun á media noche ó á la madrugada, ordinariamente de las diez de la noche á las dos de la mañana; el enfermo que se ha acostado bueno, se despierta de repente con una sensacion de compresion y constricion en el pecho, que M. Lefevre, que padece de asma, considera como característica. No pudiendo los pacientos permanecer en posicion horizontal, se sientan de repente; algunos se salen de la cama y corren á la ventana á respirar un aire fresco. Hay sugetos que no sienten otra cosa, y que al cabo de pocos momentos vuelven á su estado natural; en este caso ha abortado la accesion. Pero mas comunmente sigue su evolucion la enfermedad y sienten los pacientes una dificultad creciente y estremada de respirar; se sientan en la cama ó en un sillon con los brazos apoyados en un cuerpo sólido

para suministrar un punto de apoyo á los músculos del hombro y del ráquis; solo á costa de grandes esfuerzos pueden dilatar el pecho y ejecutar el primer tiempo de la respiracion; la espiracion se verifica lentamente, y se marca por un silbido notable; hay tos seca ó acompañada de una espectoracion poco abundante de materias viscosas, que aumenta mas todavía la ansiedad, la cual es ya tan grande. Esplorando el pecho en este momento se encuentra sonoro, y aun puede dar, segun dice M. Lefevre, un sonido mayor que en el estado natural. Aplicando el oido se perciben en todas partes estertores silbantes, mezclados al fin del ataque con burbujas de ronquera húmeda. La cara, pálida al principio, y despues roja, violada é hinchada, espresa la ansiedad; las venas yugulares están turgentes; los ojos saltones y lagrimosos; las alas de la nariz agitadas por un movimiento activo de dilatacion y constricion; la palabra es entrecortada y muy penosa. El pulso es á menudo acelerado; pero esta aceleracion se halla raras veces en relacion con la dificultad escesiva de respirar. La duracion de este estado grave varía desde algunos minutos hasta muchas horas. Generalmente se alivian los síntomas al amanecer y ser establece la calma poco á poco. Muchas veces terminan estos ataques por una espectoracion abundante de mucosidades espesas, viscosas y en diversos casos cilíndricas y de la forma de los fideos cocidos. Algunas veces tambien arrojan los enfermos una gran cantidad de orina clara, que suele ser desproporcionada con la cantidad de bebidas que han tomado, segun ha notado Floyer en sí mismo. Aunque entonces se alivian los enfermos, quedan fatigados, quebrantados; tienen la cabeza pesada y á veces dolorida; por último, se quedan dormidos, y el sueño es tranquilo y les proporciona, dice M. Lefevre, un placer inesplicable. Pero con frecuencia no es esto mas que una remision, y en tal caso conservan los enfermos todo el dia algo de opresion, y los mismos accidentes se reproducen todas las noches una ó muchas veces seguidas.

Entre los ataques de asma median intervalos mas ó menos largos. No es raro que pasen muchos años de uno á otro; y en algunos casos, aunque pocos, se han visto reproducirse periódicamente. En los intervalos es perfecta la salud; no existe ningun trastorno bien manifiesto de los órganos de la respiracion ni de los de la circulacion; sin embargo, la mayor parte de los asmáticos se fatigan mas fácilmente que en el estado normal, y tienen la mucosa de las vías aéreas mas irritable y susceptible.

Duracion y terminaciones.—Es indeterminada la duracion del asma; pero comunmente persiste toda la vida, aunque algunas veces cesa definitivamente. Con facilidad se concibe que repitiéndose los ataques llega á producir diversas lesiones orgánicas de los pulmones (enfisema, dilatacion de los bronquios) y del corazon (dilatacion, hipertrofia, etc.); pero esta es una idea, si bien muy racional, no confirmada aun por la esperiencia.

Diagnóstico.—Para decidir que un asma es esencial, se necesita averiguar con mucho cuidado si existe una lesion orgánica teniendo presente que las alteraciones que mas comunmente dan lugar á disneas sintomáticas que pueden simular muy bien el asma son las enfermedades del corazon, y tal vez mejor aun las dilataciones aneurismáticas de la aorta, y mas particularmente el enfisema vesicular (Véanse estas enfermedades). Cuanto mas viejo sea el sugeto, mas probabilidades hay de que padezca una de estas afecciones.

Pronóstico.—El vulgo cree que los asmáticos tienen asegurada su vida por mucho tiempo. Sin salir garantes de esta idea popular, no podemos menos de recordar que Floyer, que ha escrito un tratado sobre el asma, la ha padecido mas de 30 años y ha muerto octogenario. Para consolar á sus compañeros de infortunio les decia este juicioso médico que su incomodidad no le habia impedido estudiar, pasearse, montar á caballo, ejercer la profesion, comer y beber como cualquiera otro.

No creo que ningun enfermo haya sucumbido durante un ataque de asma simple; pero si bien es verdad que esta afeccion no compromete inmediatamente la vida, es por lo menos incómoda y rebelde, y bajo este punto de vista constituye un estado patológico grave. La coexistencia de una enfermedad orgánica concomitante agrava mucho el pronóstico.

Etiología.—Ignoramos casi enteramente cuáles son las causas del asma; únicamente sabemos que es una afeccion hereditaria. Muy rara en la infancia, se declara especialmente hácia la edad adulta; los hombres parece que están mas predispuestos á ella. Se desconoce la influencia que pueden ejercer los temperamentos y la constitucion. Las causas principales que provocan los ataques son las variaciones repentinas de temperatura, la permanencia en un sitio caliente en que no se renueva el aire, los escesos alcohólicos, y ciertos olores. Cullen dice que la mujer de un farmacéutico padecia ataques de asma siempre que pulverizaban ipecacuana, aunque fuese en una habitacion muy distante de la suya. Las conmociones morales pueden producir el mismo efecto. M. Ferrus hace mencion de un oficial que fue acometido por primera vez de un ataque de asma viendo que París estaba ocupado por las tropas enemigas; tambien habla de un comerciante que padeció esta enfermedad á consecuencia de haber esperimentado grandes pérdidas, sin que el exámen de todos los órganos revelase en ninguno de estos dos sugetos la existencia de una causa orgánica. Muchos asmáticos padecen accesiones cuando mudan de residencia; en efecto, hay enfermos que no pueden ir á ciertos sitios sin esperimentar la primera ó segunda noche ataques de sofocacion, que cesan en cuanto vuelven á su casa. Segun Floyer y Van-Helmont, son mas frecuentes los ataques en verano que en invierno.

Tratamiento.—Lo primero que deben hacer, dice Lefevre, los que sienten los signos precursores del asma, es respirar un aire libre y fresco, tomar una posicion que facilite todo lo posible los movimientos de la respiracion, quitar todas las ligaduras ó vestidos que pudieran entorpecerla, y estarse quietos y en un silencio absoluto. No deben acostarse sino cuando crean poderse dormir en seguida. Como la influencia de la luz alivia en mucho á los asmáticos, aconseja Lefevre que tengan en su cuarto un cuerpo en ignicion. Tambien deben evitar toda impresion de frio: antes de acostarse harán calentar bien la cama, con cuya precaucion ha conseguido muchas veces M. Lefevre evitar el desarrollo de ataques, cuyos prodromos sentia ya.

Durante el acceso deberán aplicarse revulsivos volantes á las estremidades inferiores. Algunos han propuesto recurrir entonces á la sangría; pero la mayor parte proscriben esta práctica que, segun M. Lefevre solo debe seguirse cuando haya que combatir alguna complicacion. Tambien se ha aconsejado en tales casos la aplicacion de ligaduras á los miembros inferiores; pero aunque M. Jolly dice que ha obtenido muy buenos resultados empleando este medio que lo ha to-

mado de Sennert, M. Lefevre asegura que no presenta ventaja alguna. Tampoco cree este autor en las virtudes de ninguna de las bebidas que se han recomendado, y da la preferencia al agua pura. A otros les sientan bien las bebidas calientes; Floyer preferia el agua de pan con un poco de nitro ó de sal amoniaco, de la cual bebia en abundancia al tiempo de acostarse. Cuando se prolonga el ataque y es difícil la espectoracion, conviene administrar algunas tomas de ipecacuana. Floyer considera los purgantes como inútiles y aun perjudiciales. Se han recomendado los estupefacientes, y principalmente las hojas del estramomio fumadas como el tabaco en cigarros de papel ó en pipa. M. Magistel ha propuesto tambien las fumigaciones de belladona; Kriner y Laënnec las inspiraciones de la infusion de las hojas del laurel real; en Inglaterra se usa la tintura de lobelia á la dosis de 20 á 30 gotas; pero el anti-espasmódico y el sedativo, en el cual tenia Cullen depositada la mayor confianza, por escelencia es el opio. No hablaré de las gomo-resinosas fétidas, pues muchas de ellas, aunque dotadas de propiedades anti-espasmódicas, no deben emplearse, porque Floyer ha reconocido que mas bien eran perjudiciales que útiles á los asmáticos. Finalmente, en estos últimos años se ha hablado mucho de la cauterizacion de la pared posterior de la faringe con un pincel empapado en amoniaco; se ha creido que por este medio se podian contener los ataques y evitar su reproduccion. Este medio produce por de pronto una dificultad de respirar considerable y una horrible ansiedad, y ademas la escitacion que el amoniaco inspirado determinā provoca la espectoracion. Este medio no conviene, pues, sino cuando los bronquios están obstruidos, y en este caso es preciso limitarse á aplicar á la boca del enfermo un vaso de agua tibia á la cual se añaden una ó dos cucharadas (cucharas de café) de amoniaco. Por último, se han citado recientemente algunos ejemplos de ataques de asma que se han contrarestado haciendo fumar al enfermo cigarros hechos con un papel humedecido en una solucion concentrada de nitrato de potasa.

Para precaver los ataques se guardarán los enfermos de las vicisitudes atmosféricas; irán vestidos de franela; cenarán poco, y mas bien sustancias vegetales; no harán mas que una simple colacion; se privarán de todo alimento indigesto y de las bebidas alcohólicas. Es preciso, sin embargo, para arreglar el régimen, consultar la susceptibilidad de los sugetos y no proscribir nada de una manera absoluta; asi es que el té y el café, severamente prohibidos por Cullen, son útiles en concepto de Floyer. Lo dicho acerca de los alimentos y bebidas se aplica tambien á las localidades; asi es que, aunque los climas calientes sean favorables á la mayor parte de los asmáticos, hay, sin embargo, algunos que se encuentran mejor en latitudes templadas. Por punto general, dice M. Lefevre, el aire denso y húmedo que se respira en los paises llanos y á orillas de los rios, es mas favorable á los asmáticos; Floyer, por el contrario, cree mas ventajoso el aire seco, y teme el húmedo, especialmente cuando hay niebla. Este autor recomienda mucho el ejercicio á caballo En esta neurosis, como en todas las demás, es menester estudiar las susceptibilidades y los caprichos, si asi puede decirse, de cada organizacion. Lo que es en realidad útil á uno es perjudicial á otro. Graves cita la historia de dos asmáticos de la misma edad, y en apariencia de la misma constitucion, de los cuales el uno se ahogaba, y el otro se sentia aliviado cuando penetraba en su aposento el humo de la chimenea.

Sitio y naturaleza.—Varias opiniones se han emitido acerca de la naturaleza del asma. Areteo, Galeno, y todos los médicos hasta el siglo XVII, que confundian algun tanto las varias especies de disnea, hacian depender los accidentes del asma de una materia pituitosa que llenaba los bronquios. Esta teoría fue atacada por Van-Helmont y Willis, los cuales emitieron la idea de que el asma resultaba de una estrechez producida por la contraccion espasmódica de los bronquios. Esta opinion ha sido aceptada hasta nuestros dias por la mayor parte de los médicos. Culler, Laënnec, y entre nuestros contemporáneos, los catedráticos Fouquier, Cruveilhier, Begin, é igualmente el doctor Lefevre, la han sostenido en la cátedra ó en sus escritos.

La naturaleza espasmódica del asma está probada por la intermitencia irregular de la enfermedad, por la protitud con que se declar y desaparece, y por su facultad de alternar con otras neurosis.

M. Bean en estos últimos años ha combatido con mucha fuerza las ideas de M. Lefevre y la teoría del espasmo. Volviendo á la antigua opinion, esplica la disnea asmática por la presencia de mucosidades viscosas y tenaces en el árbol aéreo. Estas mucosidades, angostando los tubos bronquiales, producen la ruidosa ronquera de que hemos hablado al tratar de la historia sintomática de la enfermedad. El asma tiene, pues, segun M. Bean, por causa principal un catarro bronquial, siendo el moco segregado bajo su influencia quien produce la obstruccion de los tubos aéreos, y esplica los signos físicos y trastornos funcionales que hemos notado.

Puede objetarse esta manera de ver diciendo, que es insólito que un catarro pulmonal dure solo algunas horas, término ordinario de un ataque de asma; que hay casos en que no se presenta al declinar la accesion, espectoracion alguna, ó bien que son tan escasas las mucosidades arrojadas, que es imposible atribuir á ellas parte alguna en los accidentes graves que han precedido. Ademas, en las bronquitis con supersecrecion de mucosidades viscosas, no se observan los síntomas ordinarios del asma, lo que es una nueva prueba de que esta está constituida por otro elemento. En cuanto á nosotros, la secrecion catarral no es mas que consecutiva, y se presenta bajo la influencia de la perturbacion nerviosa, asi como hemos visto otras muchas secreciones aumentarse y modificarse en el curso de ciertas neurosis. No negamos que en estos casos la obstruccion de los bronquios por el moco tenga cierta parte en los accidentes que se observan; pero repetimos que este elemento que M. Beau considera como primitivo, como esencial, que este moco, cuyos efectos compara M. Beau en el asma con los que produce el cálculo en el cólico nefrítico, nos parece un accidente, una consecuencia de la enfermedad. Es imposible, cuando se considera la invasion repentina del asma, su cesacion rápida, sus repeticiones irregulares y con tanta frecuencia caprichosas, la influencia que ejercen en el curso de las accesiones ciertas circunstancias, como, por ejemplo, la mayor ó menor intensidad de la luz ó de las tinieblas, la mudanza de lugar, etc., es imposible, digo, no creer en una neurosis del pulmon. ¿Qué pasa, pues, en el órgano? ¿Se produce una contraccion convulsiva en los bronquios? Asi está generalmente admitido, y asi lo presentan como probable los esperimentos hechos en animales (1). El espasmo de los bronquios, oponiéndose, por una parte, á la entrada del aire,

(1) Véase Longet, *Traité de physiologie*, t. II, p. 328.

y, por otra, oponiéndose á la salida del que las vesículas encierran, esplica cómo el pecho permanece sonoro, y hasta adquiere un esceso de sonoridad.

DEL HIPO.

Sabe el lector que el hipo es una inspiracion convulsiva, acompañada de un ruido particular, y que se reproduce generalmente muchas veces por minuto. No trataremos de averiguar si el hipo es una afeccion convulsiva del diafragma, como queria Hoffmann, ó una contraccion espasmódica del esófago, como suponia Boherhaave, mas bien que una neurosis del estómago ó de las vías respiratorias, porque esta cuestion pertenece á la fisiología y nos apartaria mucho de nuestro objeto.

El hipo no constituye por lo comun un estado morboso propiamente dicho, pues, en los niños particularmente, no produce ni aun fatiga: casi siempre se disipa por sí solo al cabo de muy poco tiempo.

Pero el hipo es con frecuencia un síntoma incómodo en el curso de muchas enfermedades, y especialmente en ciertas afecciones agudas ó crónicas del encéfalo, en las peritonitis, en las enteritis, en las disenterías graves, en las estrangulaciones intestinales, etc. En todos estos casos es un signo de mal agüero la aparicion del hipo. No hacemos mas que recordar estos hechos sin insistir en ellos.

Pero este fenómeno es en algunos casos enteramente primitivo; se desarrolla independientemente de todo estado morboso apreciable, y constituye una verdadera afeccion, que si dura algun tiempo seguido, fatiga y molesta estraordinariamente. El hipo solo se observa en sugetos nerviosos dotados de una gran susceptibilidad y en las mujeres histéricas. Unas veces sobreviene espontáneamente, otras es provocado por un sacudimiento violento, como la cólera ó el terror. Lo mismo que en otras muchas neurosis, puede sobrevenir por imitacion, como lo prueba un hecho referido por Sauvages. El hipo comunmente se disipa por sí solo. A veces le contiene en un momento una conmocion viva, la ingestion de una bebida ácida ó helada, la accion de beber lentamente y sin respirar, un estornudo, etc. Pero cuando se resiste y pasa al estado crónico, es preciso emplear la limonada sulfúrica, los baños, el éter, los opiados, los vomitivos como agentes perturbadores, y por último, los revulsivos aplicados al epigastrio desde el sinapismo hasta el cauterio actual. Sœmmerring preferia un ancho vejigatorio aplicado á la espalda, y Shorth un vejigatorio á lo largo del cuello, en el trayecto del nervio frénico. Comprimiendo circularmente la base del tórax, se consigue algunas veces disipar un hipo que habia sido refractario á todos los demás medios. Tambien se puede recurrir á la electricidad. M. Duchenne, de Bolonia, dice en los *Archives* de 1854 (número de marzo) que galvanizando el nervio frénico hizo cesar súbitamente un hipo que contaba ya diez y ocho horas de duracion. Inútil es decir que si el hipo es periódico, como ha observado en algunos casos Casimiro Médicus, debe combatirse con la quina.

DE LAS NEUROSIS ESPECIALES DEL APARATO CIRCULATORIO.

Las neurosis especiales del corazon son las *palpitaciones* y el *síncope*. Nada diremos del *espasmo del corazon con ruido de fuelle y arrullo de gato*, enfermedad cuya existencia, aunque admitida por Laënnec, no nos parece bien demostrada. Tampoco hablaremos en particular de las *irregularidades é intermitencias* que presentan algunas veces los latidos del corazon sin que exista alguna lesion orgánica, porque sobreviniendo comunmente estos trastornos al mismo tiempo que las palpitaciones y bajo la influencia de las mismas causas, nada podriamos decir acerca de ellos que no fuese comun á las palpitaciones.

En cuanto á las neurosis propias del sistema arterial, únicamente llamaré la atencion del lector hácia las *pulsaciones insólitas de las arterias con ruidos morbosos ó sin ellos*. No creo que en el estado actual de la ciencia se haya demostrado que las arterias puedan padecer otra especie de neurosis, y para mí es muy dudoso que existan neuralgias arteriales, como ha supuesto Laënnec. En cuanto al pretendido espasmo arterial, caracterizado principalmente por un ruido de fuelle ó por un arrullo de gato en los principales troncos vasculares y particularmente en las carótidas, nos referimos á lo que hemos dicho tratando de la *Anemia* y de la *Clorosis*; porque creemos que solo cuando es menor la cantidad de glóbulos de sangre, como en dichas afecciones, se observan estos ruidos morbosos, cuyo mecanismo es todavia un misterio para nosotros.

DE LAS PALPITACIONES NERVIOSAS DEL CORAZON.

En el lenguaje médico se entiende por *palpitaciones del corazon*, unos movimientos desordenados y tumultuosos de este órgano, mas frecuentes y comunmente mas fuertes que en el estado natural, y acompañados casi siempre de una sensacion de incomodidad y de dolor.

Repetidas veces hemos notado este síntoma en el curso de la mayor parte de las enfermedades del corazon, del pericardio y de los grandes vasos; pero ademas pueden presentarse las palpitaciones en individuos que no padecen ninguna lesion material apreciable de estos órganos, y en este caso se dice que son *nerviosas*. Estas son las únicas que van á ocuparnos ahora.

Síntomas.—Las palpitaciones nerviosas colocan al individuo que las padece casi en las mismas condiciones de una persona cuya circulacion está acelerada despues de haber dado una carrera. Las pulsaciones del corazon son, en efecto, mas frecuentes y llegan á 90 ó 100 y mas por minuto; al mismo tiempo se hacen muy visibles; la mano aplicada á la region precordial las distingue; el enfermo las siente, y á veces puede percibir distintamente los dos ruidos, con especialidad si se echa del lado izquierdo. Si el médico esplora la region precordial en el momento en que hay palpitaciones, observa que las pulsaciones del corazon son mas aceleradas, y que hay un poco de impulsion, pero, segun ha notado Laënnec, el choque, aun cuando parezca intenso á primera vista, tiene realmente poca fuerza de impulsion, porque no levanta sensiblemente la oreja del

observador. A veces son mas fuertes los ruidos, se perciben en mayor estension, y aun pueden oirse á cierta distancia. Otras existe un ligero ruido de fuelle en el primer tiempo, que desaparece, segun dice M. Bouilland, en cuanto se calman las palpitaciones. Se ha dicho tambien que el frote que ejercen las dos hojas del pericardio una contra otra con cierta violencia, produce un ruido de roce seco y superficial, limitado á la region precordial, que se ha comparado al ruido que hace la mano cuando se pasa con fuerza por encima de un pedazo de paño. Por último, el pulso está acelerado y suele presentar desigualdades, intermitencias é irregularidades.

Las palpitaciones suelen presentarse tambien acompañadas de una sensacion de incomodidad y ansiedad, y á veces de un verdadero dolor en la region precordial. Puede haber una tendencia marcada á los desmayos. Por lo general se observa una ligera aceleracion en los movimientos respiratorios. Laënnec añade, que la orina es casi siempre clara y ténue.

Curso, duracion y terminacion.—Las palpitaciones nerviosas se declaran por lo comun de repente, y segun Laënnec, son mas frecuentes al principio de la noche, y turban el primer sueño. Rara vez son continuas; casi siempre de corta duracion, y en muchas ocasiones momentáneas, pero se reproducen con suma facilidad, y pueden persistir con intermitencias mas ó menos largas por espacio de muchos años.

Generalmente se cree que reproduciéndose con frecuencia las palpitaciones, pueden ocasionar la hipertrofia del corazon.

En efecto, fácilmente se concibe que un aumento de accion del corazon pueda producir al cabo de algun tiempo un esceso de nutricion en este órgano, como se observa muchas veces en los músculos esteriores que se ejercitan con mas frecuencia. Sin embargo, esta opinion, muy racional en teoría, no está justificada aun por los hechos. Laënnec ha manifestado dudas análogas á las mias.

Diagnóstico.—No es raro que las palpitaciones nerviosas se confundan con una lesion orgánica del corazon, y recíprocamente. Sin embargo, en ningun caso puede presentar el diagnóstico diferencial grandes dificultades. En efecto, las palpitaciones nerviosas, por muy intensas que sean, presentan, como todas las neurosis, intermitencias mas ó menos largas, en las cuales no se observa ningun trastorno apreciable del sistema circulatorio, lo cual no sucede en los casos de afeccion orgánica del corazon. Ademas, únicamente podrian confundirse las palpitaciones nerviosas con una hipertrofia, y ya sabemos que cuando esta va acompañada de dilatacion (que es lo mas comun), se nota mas completo, y sobre todo mas estenso, el sónido macizo en la region precordial. Este carácter es suficiente, y casi no hay necesidad de recordar, para establecer el diagnóstico, que la impulsion es considerable en la hipertrofia y poco marcada en las palpitaciones; en estas son los ruidos claros y metálicos, y en la alteracion orgánica son sordos. Esta diferencia en la impulsion y en el timbre de los ruidos, unida al carácter intermitente, basta para distinguir las palpitaciones nerviosas de la hipertrofia simple, que es muy rara, y de la hipertrofia concéntrica. Los únicos casos en que pudiera haber error son aquellos en que, como dice M. Bouillaud, existen á un mismo tiempo palpitaciones sintomáticas de una lesion orgánica y palpitaciones de naturaleza nerviosa.

Pronóstico.—El pronóstico no es grave.

Etiología.—Las palpitaciones nerviosas se observan con especialidad, como todas las demás neurosis, en sugetos nerviosos é irritables. Comunmente son escitadas por las afecciones vivas del alma, como la alegría, la cólera y el terror; por las pasiones tristes, por un régimen escitante, por el abuso de los alcohólicos y de los placeres venéreos, por las vigilias y por escesos en el estudio. Tambien sobrevienen con frecuencia las palpitaciones cuando es menor la cantidad de los glóbulos de la sangre, es decir, en la clorosis y en la anemia; en algunos casos raros dependen, por el contrario de un estado pletórico. Tambien se observan muy á menudo en el curso de ciertas neurosis, y especialmente en el histerismo é hipocondria, ó en los gotosos y reumáticos que padecen dolores erráticos.

Tratamiento.—Todos los prácticos están conformes en proscribir la sangría del tratamiento de las palpitaciones nerviosas. Las emisiones sanguíneas solo deben emplearse en los sugetos pletóricos, cuando parece que la enfermedad depende del estado constitucional, ó cuando existe alguna complicacion inflamatoria.

En el tratamiento de las palpitaciones simples se recurrirá á los calmantes y á los anti-espasmódicos, como las lociones con éter ó con agua de laurel real á la dosis de cuatro á seis dracmas. Tambien se prescribirá interiormente la digital en polvo. Laënnec aconseja los baños tibios ó fríos segun la estacion. El régimen debe ser suave, se evitarán las carreras, las fatigas y todas las causas de conmocion. Casi es inútil advertir que si hay anemia ó clorosis, será preciso recurrir á los ferruginosos y á un régimen analéptico.

DEL SÍNCOPE.

Se emplea la palabra *síncope* desde el tiempo de Galeno, para designar un estado morboso caracterizado por la pérdida completa y mas ó menos repentina de la sensibilidad y del movimiento, con suspension total de las pulsaciones del corazon y de los movimientos respiratorios. Se dice que hay *lipotimia* cuando continuando la respiracion y la circulacion se encuentran la sensibilidad y la motilidad disminuidas, pero sin estar completamente abolidas.

Anatomía patológica.—En los sugetos muertos de síncopes se encuentran los pulmones aplastados, sin sangre ó con muy poca, y sin congestion en su parte posterior. Bichat esplica este hecho diciendo que, habiéndose interrumpido de repente la circulacion de la sangre, no han tenido tiempo de llenarse los vasos de los pulmones como cuando empieza la muerte general por estos ó por el encéfalo. El cerebro está igualmente exangüe; el corazon, por el contrario, contiene comunmente sangre líquida ó coagulada, escepto en los casos de síncope por anemia.

Síntomas, curso, duracion y terminaciones.— El síncope sobreviene algunas veces de repente y sin prodromos, en cuyo caso son instantáneas la pérdida de la sensibilidad y del movimiento, y la suspension de la circulacion, de la respiracion y de los sentidos. En el mayor número de casos, sin embargo, se anuncia el síncope por cierta incomodidad y ansiedad; hay vértigos y ruido

de oidos; se turba la vista; las ideas son obtusas; hay bostezos, náuseas, y á veces esfuerzos para vomitar. Al mismo tiempo la cara se pone pálida, los labios descoloridos, se enfrian las estremidades, y un sudor viscoso cubre parte del cuerpo: á veces se verifica involuntariamente la escrecion de la orina y de las heces ventrales, y hay pequeñas contracciones convulsivas en los músculos de la cara; en este caso todavía no es mas que una lipotimia. Pero bien pronto cesa toda relacion con el mundo esterior: la sensibilidad y el movimiento quedan enteramente abolidos; el corazon no late, y los movimientos respiratorios están suspendidos: este es el síncope confirmado, en el que parece que los individuos han dejado de existir. Esta muerte, aparente solo, se distingue de la verdadera por la continuacion, aunque con menos actividad, de ciertas funciones interiores, tales como la absorcion, las secreciones y la nutricion.

¿En el síncope se hallan en realidad simplemente suspendidos los latidos del corazon, como se dice casi universalmente, ó bien son únicamente menos frecuentes y mas débiles como lo cree M. Bouchut, y lo admitieron antes que él M. Copland, en Inglaterra, y M. Recamier? Hé aquí un punto que no nos parece aun definitivamente resuelto. Digamos sin embargo que, segun las recientes investigaciones que este médico distinguido ha dado á conocer en su *Traité des signes de la mort*, el primero y mas importante testimonio de la muerte es la falta prolongada de los latidos del corazon. El cree que en el síncope confirmado se oyen siempre los latidos del corazon auscultado, aunque con frecuencia á intervalos bastante largos. Habiendo terminado el síncope en algunos animales por medio de una hemorragia, vió los latidos del corazon debilitarse y reducirse su número á una tercera ó cuarta parte del normal. Pero si por espacio de uno ó dos minutos cesaba toda impulsion, era real la muerte. Como sea, el estado de muerte aparente producido por el síncope, es de corta duracion. Al cabo de algunos segundos ó de algunos minutos cuando mas, vuelven á hacerse perceptibles los latidos del corazon; se restablece la respiracion; se abren los ojos; las ideas, vagas al principio, vuelven á su estado natural, y parece que los enfermos despiertan de un sueño profundo. La mayor parte no sienten ningun dolor; algunos están rendidos como si hubiesen hecho un ejercicio violento, ó bien tienen opresion y una sensacion de peso en el pecho. Solo un corto número sienten un bienestar inesplicable, como le sucedió á Montaigne despues del síncope que tuvo á consecuencia de una caida de caballos y como le sucedió tambien á Juan Jacobo Rousseau.

La duracion del síncope es como se ve, comunmente efímera, y despues de pasado no queda vestigio alguno: sin embargo, en algunos casos escepcionales dura mucho mas tiempo; asi es que se citan sugetos que no han vuelto en sí hasta pasadas muchas horas y aun muchos dias. Pero creemos, con Senac, que semejantes hechos deben admitirse con mucha reserva.

Una vez terminado el síncope, puede reproducirse con intervalos mas ó menos largos. Al hablar de la fiebre intermitente, hemos visto que se presentaba algunas veces periódicamente, y constituia una de las formas mas graves de las intermitentes perniciosas. En algunos casos termina el síncope por la muerte, y entonces sobreviene esta casi instantáneamente.

Diagnóstico.—No puede confundirse el síncope con la congestion, con la hemorragia, ni con la conmocion del cerebro, pues aunque en estas afecciones

puede haber lo mismo que en el síncope, abolicion completa de los movimientos y de la inteligencia, no se hallan interrumpidas la respiracion y la circulacion, y esta diferencia basta para establecer el diagnóstico diferencial. No sucede lo mismo en la asfixia, porque, como veremos mas adelante, están suspendidas en ella la respiracion y aun la circulacion; pero las congestiones venosas que existen, y el curso diferente de los síntomas, establecen entre ambos estados morbosos una diferencia muy marcada que será por regla general fácil apreciar. Cuando el síncope se prolonga, como se observa en ciertas formas de histerismo, no es fácil determinar si la muerte es real ó aparente. Sin embargo, ni aun en este caso le parece á M. Bouchut posible la duda, porque en su concepto no hay estado morboso, sea espontáneamente declarado, sea provocado, que no puede distinguirse de la muerte real por la persistencia de los latidos del corazon. Si estos pierden en el síncope una gran parte de su fuerza y si su frecuencia disminuye, no por eso deja la *auscultacion* de poder apreciarlos. Se les encuentra igualmente hasta en el período mas avanzado de la apoplegía y de varias especies de asfixia, en los envenenamientos por cualquiera sustancia narcótica, en el coma epiléptico y en la agonía de la muerte por congelacion. Siempre, dice M. Bouchut, existen los latidos á diferentes grados de frecuencia y de fuerza para demostrar la persistencia de la vida hasta su último límite, siendo la muerte el resultado inevitable de su interrupcion demasiado prolongada. Nosotros sin embargo creemos que en ciertos casos de síncope y asfixia la percepcion de los ruidos del corazon es tan oscura, que pueden muy fácilmente pasar desapercibidos. No quisiéramos por tanto que en semejantes casos se creyese con demasiada facilidad en la realidad de la muerte, porque eso podria hacer descuidar el uso de los medios cuyo éxito es con frecuencia esclusivamente debido á la oportunidad y perseverancia con que se han empleado.

Pronóstico.—El síncope, en el mayor número de casos, no es afeccion peligrosa; sin embargo, constituye un estado grave cuando se prolonga mucho y se reproduce con cortos intervalos. *Qui crebro et fortiter absque causa manifesta linquuntur animo, de repente moriuntur*, dijo Hipócrates, y la esperiencia de los siglos ha comprobado la verdad de su pronóstico. En igualdad de circunstancias, los síncopes que se declaran de repente á consecuencia de una conmocion ó de una causa fortuita ofrecen mucho menos cuidado que los que sobrevienen en el curso de un estado grave de la economía. El síncope es, sin embargo, en una multitud de casos, una circunstancia feliz, que algunas veces debemos tratar de provocar. Si se declara, por ejemplo, en una mujer que está de parto, al atravesar la cabeza el estrecho inferior, evita á la madre dolores muy crueles. Muchas veces un síncope, poniendo los músculos en completa relajacion, ha permitido reducir dislocaciones rebeldes. Sabido es tambien cuán grande es el número de heridos que han debido la vida á un síncope que, suspendiendo la circulacion, ha contenido la hemorragia y ha permitido que se organice la sangre en coágulos sólidos al nivel de la solucion de continuidad. Por último, está probado que el síncope que sobreviene en un ahogado, es una circunstancia feliz, porque dejando de latir el corazon y suspendiéndose la respiracion, no se verifica la asfixia, y puede sostenerse la vida mucho mas tiempo. En nuestro concepto el síncope, que muchos autores consideran como una cir-

cunstancia favorable y que debe provocarse en el tratamiento de ciertas flegmasias, tales como la pneumonia, es, por el contrario, un accidente grave que debe favorecer la formacion de concreciones sanguíneas del corazon, las cuales, como ya hemos visto, tienen mucha tendencia á desarrollarse en el curso de las afecciones agudas de naturaleza inflamatoria.

Etiología.—Las principales causas del síncope obran sobre el sistema circulatorio ó sobre el nervioso. Asi es, que las heridas ó roturas del corazon son seguidas inmediamente de síncope por el trastorno que producen estas lesiones en las contracciones del órgano, y muchas veces por la compresion repentina que ejerce sobre él la sangre derramada. Los derrames abundantes del pericardio por pericardítis ó hidropericardias obran de la misma manera; otro tanto diremos de los derrames en las pleuras, cuando por estar lleno de líquido todo un lado del tórax se encuentra el corazon dislocado y rechazado casi hasta el nivel de la axila. Las afecciones orgánicas del corazon producen con frecuencia síncopes: estos son raros en la hipertrofia del ventrículo izquierdo por el aumento de energía del órgano; pero son comunes, por el contrario, en los casos de dilataciones de las cavidades, cuando las paredes están adelgazadas y muy debilitadas, cuando los orificios ventriculares ó arteriales están muy estrechados, ó cuando hay insuficiencia de las válvulas ó permanece abierto el agujero de Botal, alteraciones todas que pueden interrumpir de repente la circulacion. Lo mismo sucede con las concreciones sanguíneas que algunas veces se organizan con rapidez en las cavidades cardíacas. Tambien debemos considerar como causa activa del síncope, oponiendo un obstáculo mecánico á la accion del corazon, la introduccion repentina del aire en las venas, ó el desarrollo espontáneo de un fluido elástico en el sistema circulatorio. Dos estados contrarios, cuales son la plétora y la anemia, pueden producir el síncope; porque en la primera está el corazon á veces fatigado por el esceso de sangre, por los esfuerzos que tiene que hacer para mover la masa de este líquido, al paso que en la anemia no hay bastante cantidad de sangre para escitar convenientemente las contracciones del corazon, ó bien es insuficiente la cantidad de sangre que este envia al cerebro. Las hemorragias son tambien una de las causas mas poderosas y mas frecuentes del síncope. En igualdad de cantidad, le producen mas fácilmente las hemorragias arteriales que las venosas. La inanicion ocasiona el mismo efecto, disminuyendo la cantidad de la sangre y la energía del corazon. Las perturbaciones repentinas de la circulacion son igualmente causa de síncopes, como se observa cuando se introducen los miembros inferiores en las ventosas del doctor Junod. Casi del mismo modo sobreviene el síncope inmediatamente despues de la puncion de una ascitis, ó de un quiste del ovario, ó de la espulsion repentina del feto. A estos casos hay que añadir los síncopes que sobrevienen á consecuencia de sudores escesivos, de abundantes escreciones biliosas, de despeños intestinales.

Las causas principales de síncope que obran especialmente sobre el sistema nervioso, son las conmociones morales vivas, escitantes ó deprimentes, la impresion de ciertos olores y de ciertos ruidos, la vista de diversos objetos, el contacto de ciertos cuerpos, el orgasmo venéreo, un calor escesivo, las indigestiones, las fatigas corporales, todas las causas de aniquilamiento del influjo nervioso, como lo son los dolores vivos, y especialmente los que sobrevienen

durante el parto, ó en las crisis de ciertas neuralgias, etc. Tambien pueden provocar los síncopes algunas otras neurosis, y particularmente el histerismo.

En otros casos parece que dependen los síncopes de una accion simultánea ejercida sobre los sistemas nervioso y circulatorio; tales son los síncopes que se declaran á consecuencia de una mordedura de un animal venenoso, en el curso de las fiebres graves y pestilenciales, de las afecciones gangrenosas, y de algunos envenenamientos. Las inhalaciones de cloroformo han producido algunas veces una muerte casi instantánea, y esta ha sido al parecer el resultado de la accion estupefaciente que el agente tóxico ha ejercido en el corazon. Asi resulta de los interesantes trabajos publicados por M. Gosselin, en París, y por el catedrático Coze, en Estrasburgo.

Modo de verificarse el síncope.—La idea de colocar el síncope en el corazon es una de las mas antiguas y mas generalmente admitidas. Algunos creian que habia en tal caso parálisis del órgano; otros suponian que era una convulsion, y Morgagni admitia que estos dos estados opuestos podian igualmente producir el síncope: pero Bichat, en sus inmortales *Recherches sur la vie et la mort*, ha demostrado que la causa primaria del síncope consistia esencialmente en la interrupcion de la accion del corazon, y que las funciones cerebrales y los actos dependientes de ellas se suspendian únicamente porque dejaba de acudir la sangre al cerebro. Este es indudablemente el órden con que se suceden los fenómenos cuando el síncope depende de una herida ó rotura del corazon, de un derrame seroso ó purulento en el pericardio, de la penetracion de un fluido elástico en las cavidades cardíacas, de la organizacion de coágulos fibrinosos, de una enfermedad orgánica del corazon, de una hemorragia abundante, ó de cualquiera de las causas ya enunciadas y que hemos dicho que obran especial y primitivamente sobre el sistema circulatorio. ¿Pero sucede lo mismo con las demás especies de síncopes? El que sobreviene á consecuencia de una conmocion moral, de la impresion de un olor, de un sonido, de la vista de un objeto ó del contacto de un cuerpo, ¿se verifica de la misma manera? Bichat lo creia asi, admitiendo, contra la opinion general, que las afecciones vivas del alma, las pasiones no ejercian su primera influencia en el cerebro, sino en el corazon. Yo creo, por el contrario, que estos son actos pura y primitivamente intelectuales; pero aun admitiendo esta opinion, queda la teoría de Bichat completamente ilesa. En efecto, es indudable que el trastorno cerebral primitivo, que es impotente por sí solo para ocasionar el síncope, puede alterar ó suspender la accion del corazon, y sobrevenir el síncope á consecuencia de esta suspension, de esta falta de circulacion. Se ve, pues, que en este caso, parte tambien el síncope del corazon; pero el sistema nervioso es el primero que ha sido impresionado por la causa eficiente. La teoría de Bichat es pues universalmente verdadera. Para reasumir, diremos, que el síncope resulta de que el corazon deja de enviar sangre al cerebro, ó de que no se la envia en suficiente cantidad para estimularle. El sitio pues del síncope, está en el corazon. Es invertir el órden de los fenómenos decir con M. Piorry, que en el síncope deja de obrar el cerebro antes que el corazon: la idea de este médico de que en el síncope resulta la muerte de la falta de sangre y no de la falta de accion del corazon, no es nueva, pues solo consiste en reemplazar la causa por el efecto.

Tratamiento.—De la teoría que acabamos de esponer se deduce, que para

combatir el síncope, hay que volver á poner en accion el corazon y fovorecer el aflujo de la sangre al cerebro. Para llenar esta última indicacion se aconseja colocar á los enfermos horizontalmente, poner la cabeza mas baja, y aun levantar los brazos, como quiere M. Piorry, con objeto de dirigir mecánicamente hácia el cerebro la sangre arterial que aun existe en la parte superior del sistema circulatorio, y facilitar este aflujo cuando el corazon tiene todavía algunas débiles contracciones. La compresion de la aorta puede tambien ser útil en semejantes casos. Muchas veces basta la posicion horizontal para hacer volver en sí á los enfermos.

Se reanimará la circulacion quitando los vestidos y todas las ligaduras que puedan comprimir el pecho; se facilitará la introduccion de aire fresco en la pieza en que se encuentre el enfermo; se escitarán ciertas partes de la epidermis y de las mucosas, para lo cual se echarán con fuerza á la cara, y particularmente alrededor de las órbitas, algunas gotas de agua muy fría, ó bien se dará á oler al enfermo vinagre aromático, agua de Colonia ó sustancias fetidas. Estas últimas se cree que son mucho mas eficaces en los casos de síncope histérico. Al mismo tiempo se introducirán en la boca algunas gotas de un líquido estimulante, como el acetato de amoniaco recomendado por Silvio Deleboè, el aceite de menta ó de ruda preferido por F. Hoffmann, ó simplemente la sal marina, como aconseja Horstius. Si el síncope se prolonga, se darán fricciones escitantes y aun irritantes en las sienes, en la region precordial y en el epigastrio. Se prescribirá una lavativa estimulante con sal ó vinagre. Por último, se procederá á la insuflacion pulmonal practicada de boca á boca, al mismo tiempo que se procurarán imitar los movimientos naturales de la respiracion por medio de presiones metódicas y acompasadas en el pecho y en el abdómen. Pero, para que la insuflacion sea eficaz, es preciso coger la lengua con una erina y dirigirla con fuerza al esterior, en atencion á que en el decúbito dorsal, la base del órgano tiende á obstruir la glotis, como ha manifestado el doctor Bickerstad. Luego que el enfermo vuelve en sí es preciso tener cuidado de que no haga pronto movimientos para evitar que se reproduzca el síncope. Entonces es cuando Celso, Hoffmann y Senac aconsejan que beba el enfermo un vaso de agua fría, que en su concepto es un poderoso analéptico. Esta práctica, cuya eficacia no está bien demostrada, se halla todavía muy en boga entre el vulgo.

DE LAS PULSACIONES NERVIOSAS DE LAS ARTERIAS, Y ESPECIALMENTE DE LAS DE LA AORTA.

Ciertas partes del sistema arterial pueden presentar movimientos preternaturales, pulsaciones enérgicas, como si existiese en estos puntos una dilatacion aneurismática.

Esta afeccion, indicada antes de los escritos de Senac y Morgagni, ha llamado muy principalmente la atencion de Albers, de Bremen, Allan, Burns, S. Cooper y Laënnec.

Causas.—Las pulsaciones preternaturales de las arterias se han observado casi esclusivamente en los sugetos nerviosos, en las mujeres histéricas, en los

hipocondriacos y en los que padecen gastralgias; tambien se han visto, aunque mas raras veces, en mujeres embarazadas. Hasta ahora solo se han encontrado estas pulsaciones de un modo evidente en la aorta ventral hácia el nacimiento del tronco celiaco. Laënnec pretende que pueden ocupar tambien estas pulsaciones la aorta pectoral; pero no está demostrada semejante opinion.

Síntomas y curso.—La afeccion de que nos ocupamos se halla caracterizada por pulsaciones mas ó menos violentas, perceptibles á simple vista, y mas particularmente al tacto, que se estienden desde el epigastrio al ombligo y aun hasta la bifurcacion de la aorta. Aplicando al nivel de ella el oido solo ó con el estetoscopo, no se descubre ningun ruido morboso, y si solo una impulsion viva como si hubiese en este punto un tumor aneurismático. Sin embargo, por medio de la palpacion y de la percusion suele ser fácil reconocer que no está aumentado el calibre del vaso. Estas pulsaciones, sin ser dolorosas, son incómodas, á veces adquieren momentaneamente mayor violencia cuando el estómago contiene muchos gases ó hay constipacion, y presentan la particularidad de que no siempre está en relacion su fuerza y frecuencia con el ritmo de la circulacion. Por muy estraordinario que parezca este hecho, no admite duda, pues ha sido observado por Morgagni, Albers y otros muchos. Muchas veces sobrevienen estas pulsaciones de repente y cesan del mismo modo; desaparecen espontáneamente ó á consecuencia de una sangría (Morgagni), de un purgante (Albers), ó de eruptos gaseosos (Hodgson). Su duracion es variable é indeterminada: asi es que pueden cesar de un momento á otro, ó persistir semanas, meses y años; pero en este último caso presentan intermitencias mas ó menos largas.

Diagnóstico.—Las pulsaciones de que hablamos han hecho sospechar algunas veces la existencia de un aneurisma de la aorta; Laënnec y Bayle han incurrido una vez en este error. Puede, sin embargo, evitarse semejante equivocacion por medio de la palpacion y de la percusion, que, practicadas metódicamente, darán á conocer que el vaso no ha aumentado de volúmen. Es preciso emplear sucesivamente estos dos métodos de esploracion y comprobar los resultados del uno por medio del otro, porque sucede á veces que la palpacion descubre un tumor mas ó menos voluminoso en el trayecto de la aorta: esto fue lo que se observó en el enfermo de Bayle y Laënnec, que tenia en el epigastrio un tumor renitente y pulsatil. Pero en semejante caso la percusion practicada en este punto deberia dar, en lugar de un sonido macizo, una sonoridad timpánica. Ademas, este tumor puede esperimentar de un momento á otro variaciones de volúmen, y aun puede desaparecer del todo, porque no está formado por un cuerpo sólido, sino solamente por gases acumulados en el duodeno ó en el cólon transverso. Del mismo modo se distinguirán las pulsaciones nerviosas de las comunicadas á un tumor sólido que está en contacto con las paredes arteriales. Agréguese á esto que en dichos casos, lo mismo que en los que hay dilatacion aneurismática, se perciben por la auscultacion en el sitio de las pulsaciones algunos ruidos preternaturales de fuelle ó de lima; ademas estas pulsaciones son continuas y siempre isócronas con los latidos del corazon. Por último, conviene advertir que en algunos sugetos muy delgados y que tienen hundidas las paredes del vientre, se perciben á veces perfectamente las pulsaciones de la aorta ventral, sin que presenten nada de particular.

Pronóstico.—Las pulsaciones arteriales constituyen mas bien una molestia que una enfermedad.

Tratamiento.—Se han indicado diversos medios contra las pulsaciones de la aorta. Laënnec aconsejaba algunas sangrías pequeñas ó aplicaciones de sanguijuelas al epigastrio y al ano, y á ellas agregaba los baños tibios y un régimen diluente; Albers, Parry y otros han recomendado los purgantes. Por último, parece que alguna vez han producido buenos efectos los anti-espasmódicos, como el éter, el alcanfor, el almizcle y la asafétida.

DE LAS NEUROSIS ESPECIALES DE LAS VIAS DIGESTIVAS.

Hay neurosis que son especiales de las vias digestivas, y se nos hacen manifiestas por ciertos trastornos de una ó varias de las funciones del estómago y de los intestinos.

Asi es que hay neurosis caracterizadas por la exageracion del apetito (*bulimia*), ó por su perversion (*malacia*, *pica*); otras lo están por la dificultad de las digestiones (*dispepsia*), ó por vómitos mas ó menos repetidos de materias alimenticias, de moco ó de bilis (*vómitos nerviosos*). Estas neurosis, aunque son de naturaleza idéntica y pueden coexistir en un mismo sugeto, sucederse y reempiazarse alternativamente, deben, sin embargo, estudiarse por separado y no confundirse bajo una misma denominacion, porque á pesar de su afinidad real, se distinguen unas de otras por sus síntomas, su fisonomía y su tratamiento.

A propósito hemos reducido á cuatro especies el número de las neurosis gástricas. No trataremos de la *anorexia* porque, conformes con Barras, no creemos que en el estado actual de la ciencia pueda admitirse rigorosamente la existencia de una anorexia esencial, independiente de toda afeccion y que constituye por sí sola toda la enfermedad. Tambien es digno de notar que hay pocas neurosis gástricas en las que haya desaparecido enteramente el apetito, á no ser que vayan acompañadas de otra afeccion. Tampoco hablaremos en particular de la *pirosis*, pues la hemos considerado como una variedad de la gastralgia, á la cual la hemos referido.

En cuanto á los intestinos, describiremos una sola neurosis, el *cólico seco* de los paises calientes, del cual habriamos podido hablar al ocuparnos de la enteralgia, pero hemos preferido colocarla entre las neorosis especiales de las vias digestivas.

DE LA BULIMIA.

SINONIMIA.—Hambre canina, hambre devoradora, polifagia, licorexia.—Bulimia viene de βούς, *buey* y de λιμος *hambre*.

Se da el nombre de *bulimia* á un hambre devoradora, casi insaciable, acompañada de malestar, y tan intensa que ocasiona lipotimias y aun síncopes sino se satisface.

Síntomas y curso.—La bulimia presenta muchos grados; desde el simple aumento de apetito que con tanta frecuencia se observa en los convalecientes,

hasta la voracidad, que obliga á los enfermos á comer 10, 12, y hasta 24 libras de pan en un dia, como ha visto el catedrático Rostan en un epiléptico de la Salitrería.

Cuando sobreviene la bulimia, procuran los enfermos calmarla con toda clase de alimentos. Algunos, cuyo apetito está al mismo tiempo depravado, devoran los alimentos sin prepararlos, y hasta sustancias no digeribles que no sirven para la alimentacion, en cuyo caso, existe ademas de la bulimia otra neurosis que en seguida daremos á conocer con los nombres de *pica y malacia.*

Si los enfermos quieren resistir la necesidad imperiosa que los atormenta ó si no tienen con qué satisfacerla, sienten una incomodidad inesplicable, una cardialgia; la vista se oscurece; hay zumbido de oidos, lipotimias, síncopes, ó una agitacion y un estado de delirio que puede llegar á ser furioso, y que se calma en cuanto se satisface el apetito.

Hay enfermos que, al menos por espacio de algun tiempo, digieren bien la enorme cantidad de alimentos que devoran, y conservan su gordura : sin embargo, tarde ó temprano se alteran los órganos digestivos, en cuyo caso se observan regurgitaciones ó vómitos alimenticios, mezclados á veces con cierta cantidad de sangre, y una diarrea abundante y fétida que aniquila las fuerzas y produce el enflaquecimiento. Sin embargo, en algunos sugetos, aunque en corto número, se ha observado, por el contrario, un aumento de gordura en todo el cuerpo ó solo en el abdómen. Estos enfermos no pueden dedicarse á nada: inmediatamente que comen caen en un estado de somnolencia y de entorpecimiento general; su inteligencia es obtusa, y, como suele decirse, solo viven para comer.

La bulimia unas veces empieza de repente y otras progresivamente. Por lo comun es continua, pero sujeta á una especie de exacerbacion, como sucedia con el enfermo observado por M. Rostan, que por lo regular satisfacia su apetito con ocho ó nueve libras de pan, y durante las exacerbaciones necesitaba casi tres veces mas.

La duracion de la bulimia puede ser muy corta, como se observa en los convalecientes, en quienes desaparece al instante que las funciones de la economía han vuelto á su estado fisiológico. La bulimia que sobreviene espontáneamente en el estado de salud, puede igualmente ceder pasado muy poco tiempo, para no volverse á presentar nunca, como lo vió Leroux, antiguo decano de la Facultad de medicina, en un tio suyo. Se ignora el curso preciso de la bulimia simple, lo mismo que su duracion y terminaciones mas constantes : hablamos de aquella bulimia que existe independiente de toda lesion de los órganos digestivos y de todo daño orgánico. Por consiguiente, nada se puede decir respecto de su pronóstico.

Causas.—Algunas veces ha parecido que podia esplicarse la bulimia por la conformacion anormal del estómago, de los intestinos ó de las vías biliarias: asi es que en muchos individuos que habian padecido durante su vida un hambre canina, se ha encontrado la abertura del conducto colídoco en el estómago, la falta de la vejiga de la bilis, ó un conducto digestivo muy corto. No hago mencion del aumento de capacidad del estómago que se encuentra en los sugetos de que hablamos, porque la considero mas bien como efecto que como causa de la enfermedad. Pero en el mayor número de casos no depende la bulimia de

ninguna condicion material de las vías digestivas y biliarias. Es una neurosis que sobreviene en el curso de otra, tal como la epilepsia, la manía, el histerismo y la gastralgia, ó bien se declara en un sugeto que padece una afeccion de otra naturaleza. Asi es que se observa en la clorosis, en la diabetes, en algunos tísicos, y en los que tienen lombrices intestinales. La bulimia simple suele ser espontánea; otras veces reconoce una causa determinante, como la accion del frio, la ingestion de una sustancia estimulante, etc. Tambien puede ser uno de los accidentes de la preñez.

Tratamiento.—No es preciso que los enfermos resistan mucho el hambre; pero deberá procurarse escitarla lo menos posible. Para calmarla, se elegirán alimentos nutritivos y que puedan ocupar algun tiempo el estómago; tales son las carnes de vaca, de carnero, y aun de cerdo. El hielo, y principalmente los preparados de opio, han producido algunas veces buenos resultados.

Pero la bulimia que depende de otros estados morbosos exige algunos medios especiales: asi es que cuando hay lombrices en los intestinos se prescriben los antielminticos, y cuando existe clorosis se administran los ferruginosos, etc.

DE LA DEPRAVACION DEL APETITO Ó DE LA MALACIA Y PICA.

Hay una neurosis del estómago que consiste en una depravacion tal del gusto, que los enfermos desean y comen sustancias extravagantes, pero que contienen principios nutritivos, ó bien objetos que no son asimilables. En el primer caso se dice que hay *malacia*, en el segundo toma la enfermedad el nombre de *pica*.

No son raros en la práctica los ejemplos de semejante perversion, y es muy variada la lista de los objetos que comen con delicia los enfermos. Pocos médicos habrá que no hayan visto niños ó jóvenes cloróticas que comen carbon, yeso, ceniza, tierra, pimienta y sal, desde algunas dracmas hasta dos libras por dia, como lo atestigua un hecho que cita Zacarías Lusitanus. Mas raras veces se observa que el apetito pervertido se incline á objetos repugnantes, como carne humana, pelos, piojos, hormigas, arañas, ratones, materias fecales, estiércol, costras de viruelas, etc., etc., y no concluiriamos nunca si quisiéramos hacer mencion de todos los deseos extravagantes, de todos los caprichos de que se han observado ejemplos. Casi es inútil decir que esta depravacion del apetito se observa lo mismo respecto de los sólidos que de los líquidos. Asi es que se han visto niños y mujeres cloróticas que bebian con ansia vinagre, tinta, orina y sangre. J. Frank ha propuesto que se designe esta depravacion con el nombre de *disdipsia*.

La cantidad de estas sustancias ingeridas en el estómago puede ser considerable, y á pesar de esto muchos sugetos no sienten por ello ninguna molestia. Sin embargo, en muchos de ellos sobrevienen vómitos y diarrea. Por lo general los enfermos, aunque desean con ansia ciertas sustancias, no esperimentan, sin embargo, ningun accidente cuando no satisfacen sus deseos; pero hay otros por el contrario, que en tal caso sienten una ansiedad estremada, un malestar sumo y son acometidos de lipotimias.

La malacia se observa principalmente en los niños delicados, en las jóve-

nes cloróticas y en las mujeres embarazadas. En los primeros y en las segundas suele durar muchos años; en las últimas solo se observa durante los tres ó cuatro meses primeros del embarazo, pero algunas veces dura hasta que paren. La malacia y la pica existen casi siempre solas; algunas veces coexisten con otras neurosis del estómago, especialmente con la gastralgia y la bulimia, ó bien con neurosis de otros órganos, y particularmente el histerismo y la manía. La malacia y la pica no son afecciones graves; pero sí debo advertir que es de muy mal agüero el deseo violento de sustancias extravagantes en un sugeto que padece una enfermedad aguda.

Tratamiento.—Es preciso oponerse cuanto sea posible á que los enfermos introduzcan en el estómago sustancias que no sean alimenticias. En los niños bastan para poner término á sus apetitos depravados la vigilancia y las correcciones corporales. Tambien se ha conseguido algunas veces el mismo resultado mezclando las sustancias que apetecen con otras que les repugnen, como la asafétida. Mas difícil es triunfar de los antojos extravagantes que tienen las embarazadas; generalmente no hacen caso de consejos, y por consiguiente es preciso procurar distraerlas: se varía su alimentacion para ver si se consigue que apetezcan algun alimento conveniente; y en último resultado hay que armarse de paciencia, tener alguna indulgencia, y no hacer una fuerte oposicion sino cuando las sustancias apetecidas puedan ser perjudiciales á la salud. En las jóvenes cloróticas cesa la depravacion del apetito cuando por medio de la administracion de los ferruginosos ha vuelto á adquirir la sangre su cantidad normal de glóbulos.

DE LA DISPEPSIA.

La dispepsia es una neurosis del estómago caracterizada por la lentitud y dificultad de las digestiones.

Síntomas y curso.—Los enfermos afectados de dispepsia se quejan en efecto de que digieren lentamente y con trabajo. Los alimentos permanecen mucho tiempo en el estómago, y producen en él peso, diversas sensaciones de incomodidad y á veces un verdadero dolor que la presion exaspera. En tal caso hay comunmente bostezos, eructos frecuentes; muchas veces regurgitaciones ácidas, náuseas, borborigmos. En ocasiones se complica este estado con dolores vivos en el estómago, cardialgia, latidos incómodos; algunas veces hay tambien pirosis; otras se exhalan gases en abundancia en este órgano, y esto produce una sensacion de distension penosa, de incomodidad en el epigastrio; el abdómen se hincha al cabo, y los fluidos elásticos son espelidos con mas ó menos abundancia por la boca y por el recto. En algunos enfermos se observan vómitos, ya alimenticios, ya mucosos, y examinando las materias vomitadas se ve que los alimentos no han sufrido una alteracion proporcionada al tiempo que han permanecido en el estómago. Estos casos se refieren á la dispepsia que los autores llaman *asténica*, y en la que parece en efecto que el estómago debilitado desempeña muy imperfectamente el trabajo de la quimificacion. La mayor parte de los enfermos de que hablamos tienen constipacion de vientre; en algunos, sin embargo, alterna esta con la diarrea. Muchos conservan el apetito, y aun á veces está aumentado; pero por lo comun hay inapetencia. La lengua se presenta ordinariamente

en estado normal, si bien algunas veces ofrece una capa blanquecina. Generalmente va acompañada la dispepsia de diversos trastornos simpáticos en algunos otros órganos: asi es que muchos tienen cefalalgia, ó simple pesadez de cabeza; otros se duermen en cuanto comen, ó bien se sienten pesados, fatigados, incapaces de dedicarse á ningun trabajo intelectual, y esperimentan un malestar general.

La dispepsia puede ser continua, pero por lo comun ofrece intermitencias: asi es que los individuos de que hablamos se quejan de que tienen un estómago caprichoso, que con cortos dias de intervalo digiere unas veces bien y otras mal los mismos alimentos. Casi siempre es imposible esplicar estas variaciones, siendo de notar que no son constantemente los alimentos mas indigestos ni que mas trabajo cuesta digerir.

Una dispepsia moderada, que no va acompañada de ninguna otra incomodidad, no impide á los pacientes dedicarse á sus ocupaciones, y es hasta cierto punto compatible con un mediano estado de salud. Entonces se dice simplemente del individuo que la padece, que tiene un estómago delicado. Pero cuando la dispepsia es intensa y continua, acaba por volver á los individuos mas débiles y menos aptos para entregarse á sus ocupaciones; la nutricion se hace tambien incompletamente, y los enfermos se ponen mas ó menos flacos. Están descoloridos y son sensibles al frio, y entonces es cuando se percibe un ruido de fuelle en las arterias, ruido acerca del cual ha insistido mucho M. Beau, habiéndose sin duda exagerado su frecuencia. Muchos tambien, segun el testimonio del mismo observador, son analgésicos, es decir que punzándolos, tienen la sensacion del tacto, pero permanecen insensibles al dolor. La dispepsia, en fin, cuando se prolonga, obra al cabo de una manera funesta sobre el cerebro, y favorece el desarrollo de la hipocondría.

La dispepsia es una enfermedad de duracion larga, pero indeterminada. Siendo esencialmente crónica, puede prolongarse años y mas años.

Diagnóstico.—Digestiones lentas, difíciles, el apetito disminuido ó perdido, un desprendimiento de gases con frecuencia considerable, vómitos alimenticios ó mucosos, constipacion, tal es el conjunto de síntomas que caracterizan la dispepsia. No siempre es fácil á primera vista determinar si una dispepsia es esencial ó sintomática de una alteracion material del estómago, y principalmente de una afeccion carcinomatosa. Sin embargo, la invasion bastante repentina de la enfermedad, las variaciones, con frecuencia inesplicables, que hacen que el mismo alimento se digiera unas veces bien y otras mal, y la falta de relacion entre la dispepsia y el grado de digestibilidad de las sustancias ingeridas, harán creer que solo existe una neurosis. Agréguese á esto que la dispepsia esencial es casi siempre compatible con la salud, y que, si no es muy intensa, no disminuye sensiblemente la gordura ni las fuerzas, lo cual no sucede con el cáncer, que desde el principio influye de un modo funesto sobre la constitucion. La dispepsia dependiente de un reblandecimiento estomacal se presenta acompañada de dolores vivos y penetrantes en el epigastrio, de vómitos biliosos y de un olor muy ácido en el aliento; ademas casi siempre hay anorexia completa. La continuacion de los padecimientos, el dolor epigástrico á la presion, la relacion que existe entre el grado de la dispepsia y la mayor ó menor digestibilidad de los alimentos, la frecuencia de los vómitos, el estado febril y la dema-

cracion en los casos en que se continúa la alimentacion, deberán hacer creer que la dispepsia es efecto de una gastritis crónica.

La dispepsia es distinta de la gastralgia en que esta se halla caracterizada por dolores vivos, que se repiten por crisis, y que frecuentemente los alivia la presion, é igualmente la ingestion de los alimentos. El hambre es irregular, desigual, caprichosa, imperiosa algunas veces, y las digestiones, en lugar de ser lentas, suelen ser mas prontas que en el estado de salud.

Pronóstico.—La dispepsia por sí sola no acarrea nunca la muerte, y sin embargo constituye una afeccion grave por su rebeldía y las incomodidades que ocasiona.

Etiología.—La dispepsia reconoce numerosas causas con frecuencia opuestas las unas á las otras. Asi es que se observa frecuentemente en los convalecientes, en los individuos debilitados por lárgas vigilias, por desórdenes en el régimen ó por una mala alimentacion, ó bien la enfermedad sucede á escesivas fatigas ó á una falta de ejercicio. Entre los dispépticos los hay que no digieren porque han pasado de una vida activa á otra sedentaria, y otros porque comen demasiado, porque hacen demasiadas comidas al dia, ó bien porque han sido incompletas la trituracion y la insalivacion de los alimentos.

Tratamiento.—En la mayor parte de los dispépticos el estómago funciona mal, porque parece débil y su tejido adolece de atonía. Debemos, pues, despues de haber sustraido al paciente á la causa del mal, aconsejarle el uso de algunos tónicos. Se le prescribirán las infusiones amargas, especialmente las de la centaura menor, que se le harán tomar por la mañana en ayunas; se le dará poco tiempo antes de comer, una pequeña cantidad de estrato de cuasir ó de quina, ó bien de bellota tostada ó de vino de quina; despues de la comida una infusion de manzanilla ó algunas cucharadas de vino generoso, como de Málaga, de Madera, de Jerez, de Alicante, que en efecto ayudan mucho la digestion. Durante la comida, los enfermos mesclarán el vino con una agua ferruginosa ó alcalina, conviniendo especialmente las aguas de Bussang y mas aun las de Vichy. Con frecuencia es útil, al llegar la primavera, enviar los enfermos á los manantiales. Se procurará, sin embargo, que beban con moderacion, en atencion á que la ingestion de una gran cantidad de líquido aumenta en muchos los padecimientos del estómago. En estos casos, lo mismo que en los de la gastro-enteralgia crónica, el doctor Belloc aconseja el uso del carbon de álamo blanco á la dosis de una ó mas cucharadas antes y despues de cada comida. Este es un medicamento que me ha parecido inofensivo, pero del cual no he reportado las ventajas que M. Belloc y otros médicos le atribuyen.

A menudo parece que la dispepsia depende de la disminucion del jugo gástrico ó de una perversion en las cualidades de este jugo. Un jóven médico que lleva con honor un nombre célebre, M. Luciano Corvisart, ha presentado, segun parece, la demostracion clínica de este hecho. Ha llegado efectivamente á restablecer las digestiones en algunos individuos administrándoles jugo gástrico natural, recogido en el cuajar de los animales del matadero, y mejor aun de animales vivos que tenian fístulas estomacales permanentes. Esta práctica, que parece racional, no se ha esperimentado aun suficientemente.

La alimentacion será en general sustanciosa, procurando al mismo tiempo que no sea demasiado estimulante. Deberá ademas graduarse. Si la dispepsia es

intensa, los enfermos en un principio se alimentarán esclusivamente de potajes, y mas adelante tomarán alimentos sólidos, huevos, pescado, carnes blancas, legumbres herbáceas.

Conviene que repitamos lo que hemos ya dicho varias veces, y que es necesario no olvidar jamás en el tratamiento de las neurosis del estómago, á saber, que no se debe adoptar de repente un tratamiento y llegar de golpe de una medicacion suave á una medicacion y á un régimen tónicos, sino que hay que proceder con circunspeccion y prudencia.

Será generalmente útil despues de cada comida que los enfermos hagan un poco de ejercicio á pié, porque andando, el estómago funciona mejor y se activa el trabajo de la digestion; pero es menester que no se lleve el ejercicio hasta la fatiga, si no se quiere producir un efecto diametralmente opuesto. Mas vale si el enfermo es débil, condenarle al reposo mientras la digestion se efectúa (1). Tambien conviene que mientras el estómago elabora los alimentos, eviten los enfermos toda contencion de espíritu.

Como medio auxiliar se prescribirán baños frios, sulfurosos y de mar; se aplicarán al epigastrio fomentaciones tónicas con una decoccion de quina ó de corteza de encina, ó solamente se practicarán lociones rápidas con una esponja empapada en agua muy fría.

En los individuos que carecen de dientes, la dispepsia depende á menudo de que los alimentos no han sido bastante triturados. Cuando la dispepsia tiene este orígen, todos los medicamentos son ineficaces, al paso que se restablecen las digestiones en toda su integridad, poniéndose los enfermos dientes artificiales.

Naturaleza.—El puesto que hemos señalado á la dispepsia en la clase de las neurosis, queda suficientemente justificado por la descripcion que hemos hecho de la enfermedad. ¿Pero en qué consiste esta? ¿Hay disminucion en la fuerza contráctil de la víscera, ó bien hay alteracion en la secrecion de los fluidos que sirven para disolver los alimentos? He aquí lo que es imposible saber, y ahora como siempre vale mas confesar nuestra ignorancia que aventurar una esplicacion que no quedaria bastante justificada. Ademas, yo creo que no es posible sobre la dispepsia establecer una teoría única, pues ya se ha visto precedentemente que este estado puede depender de causas muy distintas.

DE LOS VÓMITOS NERVIOSOS.

Hay una especie de neurosis del estómago caracterizada principalmente por vómitos mas ó menos repetidos. Estos vómitos dependen únicamente de una modificacion ocurrida en la inervacion del estómago, y difieren esencialmente de los debidos á una lesion material de la víscera y de los que, mucho mas co-

(1) Los siguientes hechos prueban cuán útil es un ejercicio moderado: 1.° M. Beaumont ha visto en un canadiense que tenia una fístula estomacal, la temperatura del estómago elevarse durante el ejercicio y activarse la digestion. 2.° La comision de higiene hípica, establecida cerca del ministerio de la Guerra, bajo la presidencia de M Magendie, ha declarado que el caballo que trota ó galopa digiere con mas prontitud que si estuviese parado, al paso que un ejercicio inmoderado retarda la digestion. M. Bérard cuenta en su *Physiologié*, t. II, p. 210, que dos perros, despues de haberles dado mucho de comer, fueron el uno encerrado y el otro á cazar; se les mató al mismo tiempo, y se vió que en el primero la digestion se habia ya concluido y que estaba muy poco adelantada en el segundo.

munes que los precedentes, son simpáticos de un padecimiento de otro órgano, como el cerebro, el peritoneo, el útero, los riñones, etc.

Síntomas y curso.—Los vómitos nerviosos no siempre presentan el mismo aspecto. A veces sobrevienen de repente sin prodromos y casi sin esfuerzos; en otras ocasiones vienen precedidos de malestar, amargor de boca, cardialgia, náuseas, y se verifican con esfuerzos mas ó menos penosos. Pueden aparecer en ayunas, y entonces arrojan los enfermos mucosidades viscosas ó bilis amarilla y verdosa. Otros se presentan mas ó menos tiempo despues de comer, y se componen casi siempre de materias alimenticias mas ó menos alteradas. Examinando estas materias espelidas, se ve que el estómago ha arrojado indistintamente las diversas sustancias ingeridas durante la comida. A veces, sin embargo, hay una especie de eleccion, y lo mas notable es que por lo comun se espelen los alimentos mas ligeros, y se conservan y digieren los mas indigestos. Estos vómitos alimenticios se verifican casi siempre con pocos esfuerzos, no ocasionan mucha incomodidad y producen grande alivio; en muchos casos se observa que sintiendo hambre en seguida los enfermos, hacen otra comida, y la digieren por lo comun no tan mal como la primera.

Los vómitos nerviosos pueden reproducirse con largos intervalos y despues de todas las comidas. En este último caso es raro que arrojen los enfermos todos los alimentos que han tomado; casi siempre conservan cierta cantidad de ellos, y esta es la razon de que, á pesar de los trastornos del estómago, no pierdan tan pronto las fuerzas ni la gordura. Diversas circunstancias pueden oponerse á que se efectúe el vómito: asi es que algunos enfermos lo evitan paseándose, otros estando muchas horas en continuo reposo, guardando cama por espacio de muchas horas en un estado de inmovilidad completa; por último, se citan casos en que los sugetos no han podido conservar los alimentos sino comiendo dentro de un baño, y permaneciendo en él hasta que habian hecho la digestion.

Duracion y terminaciones.—Es muy variable la duracion de los vómitos nerviosos; en ocasiones solo duran algunos dias; otras veces se prolongan meses y años, ó se presentan con intermitencias mas ó menos largas. No es raro que cese la enfermedad de repente con solo alterar el régimen ó por una causa cualquiera. Los vómitos nerviosos están muy espuestos á recidivas como todas las neurosis; pero casi no hay ejemplo de que hayan ocasionado la muerte: sin embargo, si se arrojasen enteramente los alimentos á poco de ingeridos, se concibe que habria un peligro inminente de perder la vida. Muchísimas veces ha sobrevenido la muerte en casos en que eran los vómitos simpáticos de la preñez. En una discusion memorable que ha habido recientemente en la Academia de medicina, el catedrático Dubois dijo haber visto sucumbir en el discurso de trece años á vómitos incoercibles una veintena de mujeres (1). Semejantes hechos abundan tambien en las colecciones científicas. Varias veces se ha visto que un parto espontáneo ó provocado, poniendo término á los vómitos, permitia el restablecimiento de mujeres que parecian condenadas á muerte inevitable y próxima. Sin embargo, el aborto efectuado natural ó artificialmente en una época avanzada del embarazo, está muy lejos de salvar á todas las enfermas. Muchas, estenuadas ya por largos padecimientos, mueren poco tiempo

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 557.

despues de haber abortado, no obstante la completa cesacion de los vómitos.

Diagnóstico.—Conviene distinguir los vómitos nerviosos de los que son puramente simpáticos y de los que dependen de una lesion orgánica ó de una hernia del estómago. Esplorando con cuidado todos los órganos y examinando todas las funciones, se llegará á determinar si los trastornos del estómago son idiopáticos ó simpáticos. Debe fijar el médico su atencion en el cerebro, las vias biliarias, los órganos secretorios y escretorios de la orina, sin olvidar el peritoneo y las aberturas del abdómen por donde puede verificarse una hernia intestinal. Por último, en las mujeres es preciso examinar las funciones uterinas, porque vómitos que parecen depender de una simple neurosis del estómago, son debidos muchas veces á una metritis, ó á una preñez incipiente y tal vez disimulada. No debe ignorarse que en muchos casos se han tenido por nerviosos vómitos pertinaces que dependian de una hernia del estómago por en medio de una rotura de la línea blanca; deberán, pues, esplorarse siempre con cuidado las regiones epigástrica y umbilical, y averiguar si existe en estos puntos un tumorcito mas ó menos doloroso y reducible; porque introduciéndole en el vientre y sosteniéndole con un vendaje apropiado, hemos visto cesar como por encanto vómitos pertinaces, y un malestar considerado por algunos como nervioso, contra el cual se habian empleado en vano los antiflogísticos, los tónicos, el hielo, los antiespasmódicos, los narcóticos y los revulsivos. Los vómitos nerviosos muy continuados hacen sospechar á veces la existencia de una lesion orgánica del píloro. Preciso es confesar que el diagnóstico es á veces muy oscuro al principio; pero cuando la enfermedad es ya antigua, se observará en el caso de cáncer un enflaquecimiento y una disminucion de fuerzas que no guardan proporcion con los trastornos de los órganos digestivos. Ademas, en el cáncer siempre están trastornadas las digestiones, las cuales son muy difíciles; hay anorexia; al paso que, en los vómitos simplemente nerviosos, hemos visto que los enfermos suelen digerir muy bien y retener los alimentos tanto mejor, cuanto mas indigestos son. Por último, la presencia de un tumor en el epigastrio y los vómitos morenos, y luego enteramente negros, no permiten desconocer la presencia de un carcinoma del estómago.

Pronóstico.—Los vómitos nerviosos son raramente graves; pueden sin embargo serlo mucho cuando se prolongan, y el estómago arroja indistintamente todos los alimentos. Los vómitos que dependen del embarazo, son tal vez mas funestos, porque se muestran en general muy rebeldes, y con frecuencia acarrean la muerte.

Etiología.—Conocemos muy poco las causas á que se deben los vómitos nerviosos. Se citan como capaces de provocarlos las conmociones morales, tristes, y especialmente los padecimientos de ciertos órganos, como los riñones y sobre todo el útero. Algunas veces este órgano se halla alterado en su tejido, pero por lo comun no está mas distendido por el producto de la concepcion. Si en algunos casos raros, de los cuales Dance cita dos en el tomo XIV de los *Archives*, los vómitos pertinaces han coincidido con una enfermedad del huevo, es constante que en el mayor número no se halla este accidente bajo la dependencia de ninguna lesion anatómica apreciable.

Tratamiento.—En esta neurosis debemos seguir los mismos principios que en la gastralgia. Asi es que cuando los vómitos parece que dependen de una

sobrescitacion del estómago, y principalmente cuando van acompañados de cardialgia, es preciso recurrir á los narcóticos, como el opio y particularmente á la belladona, á las aplicaciones calmantes sobre el epigastrio, á los baños tibios y al subnitrato de bismuto, que podrá darse en las mismas circunstancias, pero con menos probabilidades de buen éxito que empleando los demás medios indicados. Si no producen resultados estos agentes, se prescribirán bebidas demulcentes heladas, y se aconsejará al enfermo que trague de cuando en cuando unos pedacitos de hielo. Si este medio es provechoso se continúa por espacio de algun tiempo, y todos los alimentos que se den al enfermo deben ser enteramente frios.

Si parece que los vómitos dependen mas bien de un estado de atonía del estómago, convendrá emplear los ferruginosos y los amargos, las preparaciones de quina, de encina, de colombo. M. Debreyne, médico de la Trapa, ha elogiado especialmente este último remedio que él lo da en polvo, á la dosis de 40 granos por dia en dos ó tres veces, en vino ó en agua, una hora antes de comer. La magnesia (de 1 á 2 escrúpulos), sola ó con el ruibarbo conviene tambien en tales casos; ó bien se administrará el agua de Vichy pura ó mezclada con una infusion amarga. Tambien se emplean con ventaja las aguas gaseosas, particularmente la de Seltz ó la pocion de Riverio. En los casos rebeldes se cubrirá el epigastrio con un vejigatorio, y si no basta se pondrá un sedal ó moxa.

Todavía no he hablado de los antiespasmódicos, porque son menos eficaces que los medios que dejamos indicados: sin embargo, en algunos casos se han conseguido buenos resultados con la asafétida en píldoras, ó el estracto de valeriana á la dosis de 8 á 12 granos por dia. Estos son agentes que no debemos despreciar en una enfermedad que con mucha frecuencia se muestra rebelde á los medios empleados para combatirla. Por último, en los casos en que todos los medios han sido infructuosos, ha bastado algunas veces para destruir el hábito morboso del estómago, variar el género de alimentacion; dar, por ejemplo, en lugar de alimentos ligeros y de fácil digestion, sustancias casi indigestas.

Cuando los vómitos son simpáticos del embarazo, y cuando habiendo recurrido en vano á todos los remedios, la enferma se estenúa y parece su muerte inevitable; ¿no debemos en semejantes casos procurar hasta el aborto para salvar la vida de la mujer? Asi lo creemos firmemente, y no vacilaremos en obrar en semejante circunstancia en conformidad con nuestra opinion, despues sin embargo de haber tomado el parecer de nuestros comprofesores ilustrados y probos para resolver que en efecto la espulcion del feto es el único recurso de salvacion que queda. Asi nos espresábamos en la 3.ª y 4.ª edicion de este libro. Desde entonces habiendo tenido lugar en la Academia de Medicina una discusion solemne acerca del aborto provocado, M. Pablo Dubois ha leido acerca de los accidentes que producen los vómitos incoercibles, y sobre la indicacion de provocar en tales casos el aborto, el trabajo mas completo que poseemos. El célebre catedrático es de parecer de provocar el aborto: 1.° cuando los vómitos son casi incesantes y las mujeres arrojan todos los alimentos y hasta la mas pequeña cantidad de agua; 2.° cuando hay un enflaquecimiento y una debilidad que condenan á la enferma á un reposo absoluto; 3.° cuando hay

síncopes que sobrevienen al menor movimiento ó á la mas leve emocion; 4.° cuando las facciones están profundamente alteradas; 5.° cuando existe una reaccion febril fuerte y continua; 6.° cuando ha adquirido el aliento una acidez escesiva, y habiéndose agotado todas las medicaciones, el médico cree hallarse completamente desarmado. El aborto provocado en tales condiciones ha salvado ya la vida á ocho ó diez mujeres que estaban próximas á una muerte inevitable.

DEL CÓLICO VEGETAL.

SINONIMIA.—Cólico seco, nervioso, de Madrid, del Poitou, del Devonshire, de Cayena, de Surinam, etc.

Se ha descrito bajo el nombre de *cólico vegetal* una afeccion apirética que tiene muchos puntos de semejanza con el cólico saturnino, y que está caracterizada como este por cólicos violentos, exacerbantes, que por lo comun la presion no exaspera, que van acompañados de constipacion, de vómitos biliosos, de calambres, y seguidos algunas veces de accidentes cerebrales análogos á los que hemos visto declararse con frecuencia en la intoxicacion saturnina.

Historia.—Esta enfermedad, acerca de la cual se ha discutido mucho, ha sido objeto de numerosas disertaciones. Son especialmente notables la de Citois, médico de Luis XIII (1), las de Huxham (2), de Bou cher Beauval (3), de Bonté (4), las mas modernas de M. Marquant (5), Pascal (6), Segond (7), Valleix (8), Mauduyt (9), Guépratte (10). No me atrevo sin embargo á afirmar que todas las descripciones de que hablo se refieran manifiestamente á la misma enfermedad. Todo me induce á creer que la mayor parte de los pretendidos cólicos vegetales descritos en el último siglo, lo mismo en Inglaterra que en Francia, no han sido mas que enteritis ó afecciones saturninas desconocidas.

Anatomía patológica.—No poseemos ningun dato preciso acerca de las lesiones que revela la inspeccion de los cadáveres. Algunos creen haber reconocido en ellos vestigios de flogosis en el tubo digestivo; otros, como Segond, dicen haber hallado alteraciones varias (inyeccion, reblandecimiento, induraciones) en los ganglios y los filamentos del gran simpático. Pero nada hay sobre el particular demostrado. Los autores no se han cuidado de determinar las lesiones que podian pertenecer á la enfermedad, y las que, puramente accidentales, eran á ella consecutivas. Por otra parte, cuando se estudian los síntomas y la marcha del cólico vegetal, y se compara esta afeccion con otras, especialmente con la enteralgia y el cólico saturnino, no podemos dejar de convencernos de que la anatomía patológica es tan muda respecto de la primera como respecto de las dos últimas.

(1) *De novo et populari apud pictores dolore colico bilioso dictriba.* Poitiers, 1816.
(2) *Essai sur les différéntes espéces de fièvres.*
(3) *Traité de la populaire colique du Poitou et la Rochelle*, 1723.
(4) *Ancien journal de médecine*, t. XV, 16, 20.
(5) *Journal complémentaire.*
(6) *Journal des progres*, 1827.
(7) *Essai sur la névralgie du grand sympathique.* Paris, 1837.
(8) *Union médicale*, 1848.
(9) *Thèse de Paris*, 1848.
(10) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVI, p. 995.

Síntomas.—La invasion de la enfermedad es algunas veces bastante súbita; sin embargo, en la mayor parte de casos, existe por espacio de algunos dias cierta desazon, cierto dolorcillo en el vientre; el apetito se pierde; las cámaras son raras, difíciles, y á menudo se nota un tinte ictérico. Despues de algunos dias y aun semanas de este estado de indisposicion, la enfermedad se caracteriza.

Los enfermos se quejan de dolores violentos en el vientre, convulsivos, lancinantes, taladrantes, cuya intensidad es la misma que la de los del cólico saturnino. Como en este, los pacientes gritan y se revuelcan por la cama en todas direcciones. Los cólicos son exacerbantes; ocupan todo el abdómen; pero algunas veces se hacen sentir mas especialmente en un punto que en otro, ya en el ombligo, ya en el hipogastrio, ya en los hipocondrios, irradiándose algunas veces hácia los testículos, hácia los miembros superiores é inferiores y hácia el espinazo. La presion aumenta rara vez los dolores por vivos que sean, y con frecuencia los calma, ó bien no los modifica en lo mas mínimo. El aspecto del vientre varía; ya está retraido, ya mas desarrollado y sonoro, ya presente su forma y aspecto ordinarios; el apetito es nulo, la sed variable, la lengua ofrece una capa blanca ó citrina; la constipacion es de las mas rebeldes; hay náuseas, despues vómitos biliosos ó de un color de puerro. Hasta la misma secrecion de la orina es algunas veces difícil, en cuyo caso existe un verdadero tenesmo vesical. Hemos dicho ya que habia con frecuencia un tinte ictérico; el semblante espresa en todos los casos la mas viva ansiedad y sufrimiento; á menudo se quejan los enfermos de calambres dolorosos en las pantorrillas, los muslos y los brazos, y estos distintos dolores no les dejan ni un instante de reposo. Les es imposible por lo mismo conciliar el sueño. Sin embargo, en medio de tantos dolores, la temperatura del cuerpo permanece normal; algunas veces está el cutis algo frio; pero el pulso conserva su ritmo, y hasta con alguna frecuencia disminuye. La respiracion es corta y hay ansiedad precordial; pero la auscultacion y la percusion no revelan ningun estado morboso en los órganos pectorales.

Curso, duracion y terminaciones.—Si la enfermedad se agrava, el abdómen se pone tenso y ofrece una sensibilidad análoga á la que le comunica la peritonitis; los vómitos sin embargo se calman, y hay algunas veces diarrea; el calor del cutis es desigual; el pulso frecuente, débil, algunas veces irregular; los dolores raquidianos y los de los miembros se exasperan. Entonces se ponen lagunos enfermos amauróticos, y muchos de ellos tienen delirio, coma, ó movimientos convulsivos, epileptiformes, que acaban con ellos rápidamente.

Pero cuando la enfermedad tiende á la curacion, á los cinco ó seis dias los dolores se calman y las cámaras se restablecen.

Debemos decir aquí con Segond que no hay nada fijo ni perfectamente regular en la evolucion de la enfermedad, la cual, como hemos ya indicado, puede atacar al individuo de una manera fulminante ó tener prodromos. Su curso es progresivo, ó bien alternativo é irregular. Al llegar á su desarrollo ó apogeo, sus síntomas son continuos, ó irregulares, ó erráticos; se presentan simulacros de convalecencia entrecortados por crisis, las cuales, si se dejase la enfermedad entregada á sí misma se harian sucesivamente mas intensas y temibles.

No es posible determinar la duracion de la enfermedad, pues esta duracion es muy variable. Si la afeccion es poco intensa puede terminar á los doce ó quince dias; si es grave, es mas duradera, y si pasa al estado crónico, se prolonga indefinidamente.

El cólico vegetal se desenlaza comunmente de una manera satisfactoria. Cuando su terminacion es funesta, los enfermos sucumben en general á consecuencia de accidentes cerebrales. En los individuos en quienes la enfermedad pasa al estado crónico, la ictericia se hace permanente; los enfermos se ponen flacos, estenuados, y mueren en un estado de marasmo. ¿Pero en tales casos, no hay complicacion? A nosotros nos parece probable que la haya. Como quiera que sea, los enfermos que triunfan del mal se sienten algunas veces atacados consecutivamente de parálisis de las muñecas ó de las estremidades inferiores. Las recaidas son frecuentes.

Diagnóstico.—El cólico de plomo es la única afeccion que tiene analogía con el cólico vegetal. Es tan perfecta su semejanza, que es imposible hallar, como hemos indicado ya anteriormente, carácter alguno que las distinga. Pudiéramos decir que el cólico vegetal y el cólico saturnino no se diferencian mas que por la causa que los produce.

Pronóstico.—Ya hemos dicho que el cólico vegetal tiene rara vez una terminacion funesta. Sin embargo, el pronóstico seria grave si la afeccion se abandonase á sí misma ó no se la tratase con acierto, si fuese endémica, si pasase al estado crónico, y si se complicase con accidentes cerebrales.

Causas.—Los autores que han descrito el cólico del Poitou, de la Normandía, de Devonshire, han atribuido la afeccion al vino blanco, al abuso de sidra; pero es dudoso que estas bebidas puedan por sí solas ocasionar los accidentes de que ácabamos de hacer mencion. Este efecto no puede producirse sino cuando los líquidos siendo de mala calidad, han sido sofisticados con una preparacion de plomo, que es lo que se observó años atrás en París, donde en varios barrios se declararon en familias enteras que habian bebido sidra, accidentes de cólico saturnino. Se habia añadido á la sidra cierta cantidad de sub-acetato de plomo. Se comprende que semejantes falsificaciones debian ser comunes en épocas en que la vigilancia era menos activa que en la actual, y asi se esplica como la afeccion era en el último siglo tan frecuente en el Poitou y en la Baja Normandía, donde en la actualidad ni siquiera se la conoce, á pesar de que no se han modificado sensiblemente ni la alimentacion ni el clima.

Los médicos de marina que mejor han observado el cólico vegetal, entre los cuales citaré á los doctores Segond y Guépratte, están de acuerdo en reconocer que la enfermedad sobreviene esclusivamente á consecuencia de repentinas variaciones atmosféricas. El marino, que tiene á bordo casi invariablemente el mismo régimen, se siente atacado súbitamente cuando llega á ciertos puntos, á las Antillas, á Cayena, al Senegal, á Borbon, á la India, y la enfermedad se encona en la época de los equinoccios. Entre la gente de á bordo, los cocineros, los que dan al fuelle en las fraguas y los panaderos, es decir, los que mas espuestos están á las transiciones bruscas de temperatura, son los atacados en mayor número, segun M. Guépratte. Habíase tambien notado que en España los albéitares herradores del ejército francés, colocados en condiciones análogas á las de los fuelleros de los buques, estaban tambien mas espuestos

á contraer el cólico que reina frecuentemente en Madrid, y que acomete á los estranjeros que no respetan las trasmisiones bruscas de temperatura, al paso que los españoles procuran librarse de ellas embozándose en sus anchas capas. Se ha notado que la enfermedad ataca rara vez á las mujeres, á los niños y á los ancianos.

Tratamiento.—Nos parece que en los casos de cólico vegetal deberia adoptarse con rigor el tratamiento prescrito contra el cólico de plomo, lo que generalmente no se ha hecho, ó al menos solo se ha aplicado de una manera incompleta y tímida. Remitimos al lector á lo que acerca del cólico saturnino hemos dicho en el lugar correspondiente.

La profilaxia del cólico vegetal se deduce del conocimiento de las causas. Se deberá sustraer á los enfermos de la accion de las variaciones atmosféricas, evitar los enfriamientos, y cuando la enfermedad se prolonga, pasa al estado crónico, ó bien cuando, obtenida la curacion, se teme una recaida, es menester trasladar, si se puede, á los individuos á otros puntos. La mudanza de lugar ha vuelto con frecuencia la salud y la vida de una manera rápida á tripulaciones hasta entonces diezmadas por la enfermedad.

Naturaleza.—El cólico vegetal no puede clasificarse mas que entre las neurosis. El carácter de los dolores le da cierta analogía con las neuralgias, y todo induce á creer con Segond que los filamentos del trisplánico son los especial y tal vez esclusivamente atacados. Las conexiones íntimas del gran simpático con los centros nerviosos esplican las irradiaciones de la enfermedad, la cual puede considerarse como una forma ó una variedad de la enteralgia.

DE LAS NEUROSIS ESPECIALES

DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

DEL HISTERISMO.

SINONIMIA.—Pasion histérica, sofocacion uterina, estrangulacion, epilepsia uterina, vapores, mal de nervios.

El histerismo es una afeccion esclusiva del sexo femenino, apirética, que se reproduce por ataques caracterizados, unas veces por la sensacion de una bola que desde un punto del vientre subiese á la garganta y produjese una sensacion de constriccion ó estrangulacion, y otras por convulsiones generales, violentas ó irregulares, acompañadas de pérdida mas ó menos completa del conocimiento.

Historia.—La descripcion del histerismo data de una época muy antigua. Citado en muchos de los libros de Hipócrates, no solo ha llamado la atencion de los médicos, sino tambien la de los antiguos filósofos, que lo atribuyeron á causas muy ridículas, refutadas en su mayor parte por Galeno. Pero la historia de esta afeccion ha sido muy oscura casi hasta nuestros dias, porque no solo se ha confundido con otras neurosis, y especialmente con la hipocondría, como lo hizo Sydenham, sino que tambien se la han atribuido, como dice Willis, todos los fenómenos viciosos y estraordinarios que presentan las demás afec-

ciones; de suerte, que leyendo la mayor parte de las descripciones anteriores á la de Hoffmann, se encuentra un conjunto informe de síntomas disparatados que pertenecen á enfermedades muy distintas. Los autores que, despues de Hoffmann, han escrito mejor acerca del histerismo y han aclarado diversos puntos de su historia, son R. Whytt, Tissot, Astruc, Louyer-Villermay, Georget y M. Dubois (de Amiens) en la obra que hemos citado antes con elogio. Por último, hace pocos años que dos médicos distinguidos de los departamentos, MM. Brachet y Landouzy han publicado sobre el mismo dos monografías que la Academia de medicina ha premiado justamente.

Anatomía patológica.—Hasta ahora no se ha encontrado en los cadáveres lesion ninguna que pueda referirse al histerismo. No es esto sin embargo decir que no se encuentran frecuentemente en las histéricas lesiones materiales muy distintas, especialmente en los órganos de la generacion, pues de ellas se notan numerosos ejemplos en el trabajo de M. Landouzy. En treinta y nueve autópsias, el útero ó sus dependencias se presentaron diez y nueve veces el sitio de lesiones diversas. Sin embargo, estas alteraciones materiales, que pueden desempeñar el papel de causas escitantes, no son la razon anatómica de la enfermedad. Esta nace y existe sin que haya mas que un trastorno ó perversion nerviosa de los órganos genitales.

Síntomas y curso.—El ataque solo empieza de repente cuando sobreviene á consecuencia de un sacudimiento violento, como el terror, ó una sensacion viva cualquiera. Casi siempre tiene prodromos; algunas horas antes del ataque están las mujeres tristes, distraidas ó irritables; esperimentan malestar, vértigos, pesadez de cabeza, zumbido de oidos, sudores repentinos, palpitacion; otras lloran sin motivo, se cubren de lágrimas sin motivo alguno de tristeza, dice Astruc; algunas tienen una risa convulsiva sin que haya fundamento para ello. Por último, al aproximarse el ataque, sienen las mujeres constriccion en el pecho, y se notan en ellas pandiculaciones, bostezos y tumefaccion en el vientre, debida al desprendimiento de gases en el estómago y los intestinos. Aun despues de estos accidentes suele faltar el ataque, y entonces todo se limita á los trastornos que acabamos de enumerar: sin embargo, en el mayor número de casos continúa su marcha la enfermedad y sobreviene el ataque, que no siempre se presenta con el mismo aparato de síntomas.

En la forma mas violenta de la afeccion suelen caer las enfermas dando gritos agudos; los miembros están agitados con movimientos irregulares de flexion, de estension, de adduccion y de abduccion; el tronco se inclina en todas direcciones; las mujeres se incorporan, vuelven á caer, se revuelcan, y ejecutan movimientos sumamente veloces y tan enérgicos, que á veces no pueden contenerlas cuatro ó seis hombres. En medio de esta agitacion escesiva, comunmente están los ojos cerrados, y los párpados presentan una especie de temblor continuo; el cuello se hincha; la cara está pálida y mas comunmente vultuosa; pero nunca presenta el color violado ni el aspecto horrible que en la epilepsia. La respiracion es acelerada, ruidosa y anhelante; las enfermas parece que esperimentan una sensacion de constriccion en la garganta, ó de presion en el epigastrio y en el pecho (*globo histérico*); llevan las manos á estos puntos como para arrancarse la causa de sus padecimientos: algunas se sienten poseidas como de una verdadera rabia, y se arañan, se dan de golpes y rasgan los ves-

tidos. El pulso tiene una frecuencia proporcionada á la agitacion general, y las enfermas pierden el conocimiento. En estos casos se han indicado ademas diversos fenómenos de los órganos genitales, que no son constantes ni aun comunes; pero que, sin embargo, existen algunas veces y caracterizan la forma de histerismo que los antiguos nosólogos llamaban *libidinosa*. Estos fenómenos son ciertos movimientos de proyeccion de la pelvis hácia adelante, y una escitacion muy grande de los órganos sexuales, como lo prueban el desarrollo preternatural del clítoris y la constriccion de la vulva. Por último, al terminar el ataque, una secrecion mas ó menos abundante del moco, que de repente viene á lubrificar la vulva, exactamente lo mismo que en el espasmo venéreo. Algunas mujeres, por el contrario, en lugar de esperimentar esta agitacion, estos movimientos desordenados, caen privadas de sensibilidad, de conocimiento y de movimiento en un estado de síncope completo que puede durar mucho tiempo. Raulin ha visto la pérdida de conocimiento durar cerca de un dia, y Pomme algunos dias seguidos. Dícese que en una mujer sumida en letargo histérico penetró el escalpelo de Vesale, error deplorable que tan cruelmente espió el grande anatómico.

Hay una forma de histerismo mucho mas frecuente que las anteriores, caracterizada especialmente por la sensacion de un cuerpo redondo que, partiendo de un punto del vientre, y especialmente del hipogastrio, se dirige al epigastrio, donde produce una sensacion de sofocacion, y despues, llegando al cuello, ocasiona una constriccion muy penosa, esto es lo que hemos llamado *bolo* ó *globo histérico*, fenómeno que es muy difícil esplicar satisfactoriamente. Georget veia en él una convulsion sucesiva de los músculos abdominales, del diafragma, de los músculos del tórax y de la faringe; otros lo atribuyen á una modificacion particular del gran simpático. Sea como quiera, prescindiendo del globo histérico, suele meteorizarse el vientre con rapidez y adquirir visiblemente un desarrollo considerable, y despues arrojan las enfermas por la boca gran cantidad de gases inodoros. Palpando en estos casos el epigastrio, se siente muchas veces una especie de movimiento vermicular, y aun se perciben por en medio de las paredes pequeños tumores evidentemente formados por el intestino, agitado con verdaderos movimientos convulsivos. La respiracion es alta y algunas veces de una frecuencia estremada, tanto que no es raro contar cincuenta ó sesenta inspiraciones por minuto. Muchas veces hay palpitaciones, vértigos y pérdida momentánea del conocimiento si bien por lo comun conservan aun las histéricas relaciones mas ó menos íntimas con el mundo exterior; algunas, aunque parecen estrañas á lo que las rodea, solo tienen una insensibilidad aparente; todos sus sentidos están en accion, y despues de pasado el ataque dan cuenta de todo lo que han visto ú oido; por esta razon debe obrarse con mucha reserva y no decir nada que pueda herirlas ó contrariarlas por convencido que uno esté de que no ha de ser oido.

El ataque histérico, sea cual fuere su forma, se calma poco á poco; cesan las convulsiones clónicas y disminuye la sensacion de constriccion; pero no se recobra tan pronto el conocimiento y la palabra. Al terminar la accesion suele haber llantos y sollozos, alternando con una risa estrepitosa. Algunas enfermas se quejan de mucho cansancio, tiritan y espelen una gran cantidad de orina muy clara y transparente.

Pero esto solo suele ser una remision, y al cabo de cinco ó seis minutos se renuevan los accidentes, y se reproducen asi diferentes veces como lo he hecho observar ya antes. Un ataque de histerismo, por poco intenso que sea, se compone de una serie de pequeños ataques cuyo número varía desde dos ó tres hasta cincuenta ó sesenta. Georget ha visto durar los ataques, una vez ocho dias y otra cuarenta y cinco, con intervalos de cuarenta á cincuenta minutos. Cuando son largos los momentos de descanso generalmente recobran las enfermas el conocimiento y pueden hablar; pero están inquietas, irritables y tristes; son en estremo susceptibles física y moralmente y tienen una gran propension á dar muestras de cariño. Algunas se quejan de un dolor vivo, lancinante, taladrante, limitado á un punto poco estenso de la cabeza ó de otra parte del cuerpo, el cual ha recibido el nombre de *clavo histérico*. Este estado de inquietud y malestar hace decir á las enfermas que no ha terminado el ataque y muy rara vez se equivocan. Por lo comun cuando termina definitivamente es cuando se observan los llantos y risas, y la escrecion abundante de orina y algunas veces tambien de moco vaginal, cuyos fenómenos, que hemos ya mencionado, no se observan en las simples remisiones.

Despues de terminado el ataque recobran las enfermas el uso de la palabra; pero quedan muy cansadas y abatidas. Algunas pierden el uso de uno ó varios sentidos: asi es que unas quedan amauróticas ó sordas; otras no perciben los sabores ni los olores; otras, en mayor número tienen insensible cierta parte de los tegumentos; otras están afónicas, y otras presentan parálisis de la vejiga, ó de uno ó muchos miembros. En algunos casos se observa que efectúan movimientos coréicos ó tienen contracturas de los músculos de los miembros ó de la mandíbula. La duracion de estos accidentes puede ser efímera; pero con frecuencia persisten muchos dias, muchas semanas ó muchos meses; unas veces se disipan espontáneamente, y otras continúan hasta un nuevo ataque: pero en uno y otro caso cesan de repente algunas veces casi instantáneamente, y no gradualmente como las parálisis y contracturas sintomáticas de una lesion material de los centros nerviosos.

Si no ha sido muy fuerte el ataque, vuelven las enfermas á su estado ordinario de salud al cabo de algunas horas; pero en los accesos violentos se prolonga muchos dias la convalecencia. Durante esta están las enfermas inquietas y aturdidas; tienen inapetencia ó apetitos extravagantes, timpanitis, insomnio ó un sueño agitado; en algunas se observa un estado de somnambulismo.

M. Gendrin opina que la insensibilidad que se nota en algunas histéricas es un fenómeno que á grados diferentes se produce en todos los casos de histerismo, desde el principio hasta el fin de la enfermedad. Esta anestesia tan notable ya se limita á algunas regiones del tegumento, ya se estiende á toda la superficie tegumental esterna, é igualmente á las membranas mucosas accesibles á nuestros medios de investigacion, tales como la conjuntiva, la pituitaria, la mucosa bocal-faríngea, las del recto, del canal de la uretra, de la vejiga, de la vagina. Esta asercion de M. Gendrin sobre la constancia de una pérdida de la sensibilidad en una parte del cuerpo no es exacta; ¿lo es que todas las histéricas tengan puntos dolorosos á lo largo del raquis, en las regiones dorsal y lumbar, en el pecho, en el abdómen, en las mamas, etc.? Eso no sucede sino escepcionalmente. Como sea, este es un objeto digno de estudio. Pero conviene preve-

nir al lector, que en una afeccion tan extravagante como el histerismo, y con mujeres siempre inclinadas á exagerar y con mucha frecuencia á mentir, es menester conducirse con mucha reserva, ser muy desconfiados, y no dar por ciertos los hechos sino cuando son perfectamente auténticos.

Los ataques se reproducen con mas ó menos frecuencia. Si median entre ellos largos intervalos, se restablece completamente la salud, y solo se advierte que son mas impresionables las enfermas. Muchas no pueden dedicarse á una ocupacion séria; están melancólicas, y ven un porvenir funesto; otras están muy alegres y pasan rápidamente de la alegría á la tristeza; están espuestas á diversos accidentes nerviosos, como jaqueca, palpitaciones, gastralgias y otras varias neuralgias, etc. La menstruacion suele ser difícil é irregular; á veces hay leucorrea. Sin embargo, estas mujeres son susceptibles de concebir como las que no son histéricas, y la preñez sigue en ellas un curso tan regular como en estas últim as.

Cuando los ataques de histerismo son frecuentes, es decir, cuando se reproducen una ó muchas veces por semana, quedan las enfermas en un estado de padecimiento habitual; no duermen; tienen la cabeza pesada, y sienten en diversas partes del cuerpo dolores mas ó menos intensos, que muchas veces hacen sospechar la existencia de una afeccion mas ó menos grave. Esperimentan vértigos y zumbidos de oidos; se les oscurece la vista algunos momentos; su memoria es menos segura, y á veces padecen distracciones. Las digestiones suelen ser malas, y de consiguiente se altera la nutricion; algunas tienen el apetito depravado (véase *Pica*, *malacia*). Muchas de estas enfermas son acometidas á consecuencia de estos accidentes de un delirio maníaco, y otras caen en una especie de estupidez.

La reproduccion de los ataques de histerismo es irregular; las accesiones son muchas veces espontáneas; en ocasiones se renuevan bajo la influencia de las mismas causas que las han desarrollado primitivamente; son mas frecuentes en tiempo de mucho frio ó de mucho calor, y cuando está la atmósfera tempestuosa. Las pesadumbres, las conmociones vivas y el período menstrual son circunstancias que favorecen la aparicion de los ataques, al paso que la preñez y la mayor parte de las enfermedades agudas y crónicas intercurrentes, suelen producir el efecto contrario.

Duracion y terminaciones.—Varía mucho la duracion del histerismo. Hay mujeres que solo tienen algunos ataques, y otras que le padecen toda su vida; muchas veces la enfermedad se suspende por cierto número de años. Puede curarse por la cesacion de la causa que la ha provocado, por un sacudimiento moral ó por los progresos de la edad; en efecto, son muy raros los ataques despues de los cuarenta y cinco ó cincuenta años. No tengo certeza de que el histerismo simple haya ocasionado la muerte; sin embargo, se citan algunos casos en que fue funesta la terminacion á consecuencia de una congestion cerebral ó de un obstáculo á la respiracion. Como consecuencia de esta enfermedad suelen observarse neuralgias, contracturas y parálisis parciales; predispone á la hipocondría y á la melancolía, pero rara vez ocasiona la demencia, como la ocasiona la epilepsia. Sir Brodie ha dicho en su *Traité des maladies articulaires*, y posteriormente (1836) en la *Gazette médicale de Londres*, que el histerismo determinaba muchas veces dolores en las articulaciones y especialmen-

te en las de la cadera; pero aún no está demostrada la certeza de esta asercion.

Complicaciones.—No es raro que coexistan en la misma mujer el histerismo y la epilepsia; en este caso unas veces se desarrolla aisladamente cada una de las dos enfermedades con sus caracteres propios, y otras, que es lo mas comun, no hay mas que un ataque, en el que se encuentran á la vez los síntomas de ambas; sin embargo, esto solo se observa al cabo de mas ó menos tiempo en las mujeres debilitadas, ó á consecuencia de afecciones morales tristes.

Diagnóstico.—La epilepsia y la hipocondría son casi las únicas enfermedades que pueden confundirse con el histerismo. Pero la epilepsia acomete á los dos sexos, y se distingue ademas del histerismo por su invasion casi siempre repentina, por los sacudimientos convulsivos poco estensos y mas marcados en un lado; por el aspecto repugnante de la cara, que está amoratada y torcida; por la espuma que baña los labios; por las evacuaciones enteramente involuntarias de orina y materias fecales; por la escesiva dificultad de respirar; por el estertor y el colapso en que cae el enfermo despues del período convulsivo; por el estado de estupidez y á veces de manía y delirio furioso que sucede á los ataques; finalmente, por la influencia funesta que llegan á ejercer los ataques sobre las facultades intelectuales. En el histerismo, por el contrario, son enteramente clónicos los movimientos convulsivos desordenados é iguales en ambos lados; la cara, por mucha que sea la congestion, nunca está amoratada ó lívida como en la epilepsia; apenas se observan en ella algunos temblores musculares, pero nunca esas horribles convulsiones que desfiguran á los epilépticos. En el histerismo simple no hay espuma en la boca; jamás está como en la epilepsia tan completamente estinguida la sensibilidad; no se observa el estertor que termina los ataques epilépticos, ni la estupidez consecutiva á ellos; las enfermas vuelven en sí muy pronto, y lejos de estar abatidas, la mayor parte suelen estar escitadas. Ademas, solo en el histerismo se observan esos llantos y esas risas inmoderadas, esa tendencia á los abrazos, á los besos y á las espansiones tiernas, ese abultamiento del vientre, ese desprendimiento de gases, esas parálisis parciales y esas contracturas de que ya hemos hablado y que pueden sin duda observarse tambien en la epilepsia, pero con mucha menos frecuencia. Tampoco podria confundirse el vértigo epiléptico con la forma no convulsiva del histerismo; porque en esta rara vez hay pérdida del conocimiento, y el cerebro parece estraño al ataque, que está principalmente caracterizado por un sensacion de estrangulacion, por la existencia del bolo histérico, y por el desprendimiento de gases en el tubo digestivo; ademas es mucho mas largo el ataque. Justo es convenir sin embargo en que en algnnos casos el diagnóstico hace vacilar, porque al parecer la enfermedad participa á la vez de histerismo y de epilepsia, teniendo del primero las convulsiones clónicas, el bolo histérico, y de la segunda la espuma en la boca, la pérdida de conocimiento y la insensibiidad. Es la forma que ha recibido el nombre de *histero-epilepsia.*

Muchos autores, y particularmente Sydenham y Whytt, han confundido el histerismo y la hipocondría; pero no hay analogía entre ambas afecciones. El histerismo es peculiar de la mujer; la hipocondría ataca á los dos sexos. El primero empieza de repente y su duracion es momentánea; pero se reproduce con mas ó menos frecuencia, al paso que la segunda sobrevien lentamente,

sigue un curso continuo y no se declara bajo la forma de ataques. En esta están los enfermos inquietos acerca del estado de su salud; fijan la atencion especialmente en tal ó cual órgano; no tienen convulsiones; si hay neurosis de los órganos digestivos, tendrán sofocacion y meteorismo, pero nunca presentan el fenómeno del globo histérico; y si algunos se quejan á veces de él, es porque se ha fijado su atencion en este fenómeno á consecuencia de preguntas indiscretas ó por la lectura de obras de medicina.

No deben referirse á una lesion material del cerebro las parálisis y contracturas que suelen sobrevenir á consecuencia de los ataques histéricos; el modo de presentarse estos accidentes basta para quitar toda duda. Es casi inútil advertir que muchas veces es simulado el histerismo; pero con un poco de atencion no es posible ser largo rato juguete de las maulerías de las mujeres.

Pronóstico.—El histerismo no compromete casi nunca la vida, pero es una afeccion incómoda. El que es reciente y sobreviene á consecuencia de causas que es posible separar, no es tan grave. Puede decirse de una manera general que lo es mucho mas la forma convulsiva, y la gravedad en esta es proporcionada á la violencia de los ataques. Sin embargo, el ataque convulsivo es algunas veces útil, porque pone fin á las angustias y espasmos que le preceden. Hay mujeres que quedan mucho tiempo padeciendo, y no recobran la plenitud de su salud sino despues de una violenta crisis convulsiva. Es, dice Camper, el estado de un cielo nebuloso que sin una tempestad no puede serenarse.

Causas.—El histerismo es una enfermedad esclusiva de la mujer, pues aunque se han citado algunos casos en el hombre, no son en manera alguna concluyentes. El histerismo empieza á observarse en la pubertad, y aun parece que su *maximun* de frecuencia es de 15 á 20 años, y luego de 20 á 25. Despues de haber cesado ó de haberse reproducido de tarde en tarde, adquiere comunmente nueva intensidad hácia la edad crítica. El histerismo afecta especialmente á las mujeres robustas, de pelo negro y temperamento nervioso, y que tienen muy desarrollado el aparato de la generacion. Todo lo que puede sobrescitar el sistema nervioso es causa de histerismo; en este caso se hallan una vida ociosa y contemplativa, la lectura de ciertas novelas, el cultivo inmoderado de las bellas artes, y especialmente de la música, las vigilias, las pesadumbres, y sobre todo la continencia, que dicen produce el histerismo nueve veces de cada diez, en lo que no deja de haber exageracion. Es indudable que la continencia produce con frecuencia el histerismo en ciertas mujeres: sin embargo, esta causa no obra tan á menudo como se cree; no es tan frecuente como el esceso contrario, es decir, el abuso del cóito, y principalmente el onanismo. Las estaciones calientes, los climas ardientes, la abstinencia y los alimentos demasiado suculentos y escitantes, son causas cuya accion está demostrada. Igualmente está probado que el histerismo puede ser hereditario.

Las causas que mas comunmente provocan los ataques son las conmociones del alma vivas y repentinas, la supresion de las reglas, las fatigas, los escesos venéreos, la impresion de ciertos olores penetrantes, etc.

Tratamiento.—El tratamiento del histerismo comprende los medios preservativos del ataque, y los destinados á combatirle cuando se ha verificado.

Si solo hay prodromos, se procura distraer á las enfermas con el ejercicio ó

con ciertas ocupaciones divertidas, por cuyo medio suelen conseguirse resultados mas ventajosos que empleando los agentes farmacéuticos que se han recomendado con el mismo objeto.

Cuando una mujer se halla ya con un ataque de histerismo de forma convulsiva, es preciso colocarla de modo que no pueda lastimarse, y para esto es mejor ponerla en un colchon en el suelo que en una cama, en la cual seria mas difícil sujetarla. Al mismo tiempo se la quitarán todos los vestidos que pudieran molestarla ó comprimirla, y se favorecerá la entrada de aire fresco en la habitacion. Despues se ha aconsejado recurrir á una multitud de medios; pero hay muchos que han estado muy en boga, y en el dia han caido en completo descrédito: tales son los estornutatorios, las embrocaciones narcóticas aplicadas al vientre, las inspiraciones de vapores fétidos y penetrantes, las inyecciones vaginales con sustancias de un olor suave ó con el láudano (Bichat), las fricciones en el vientre, y la titilacion del cuello uterino, y aun del clítoris. Este medio es seguramente muy eficaz en ciertos histerismos producidos por la continencia; pero en otros es inútil, y ademas es demasiado contrario á la decencia y á la moral para que deba recurrir á él ningun médico, aunque haya sido recomendado por autoridades muy respetables. Las lavativas frías y aun heladas, y las de asafétida, empleadas todavía por muchos prácticos, solo tienen una utilidad muy dudosa en los casos de que hablamos; lo mismo sucede con las pociones etéreas y los revulsivos aplicados á las estremidades, que irritan y escitan á ciertas mujeres, y prolongan el ataque en vez de abreviarlo. Es, pues, necesario limitarse en los casos ordinarios á echar agua fría sobre la cabeza, y á hacer respirar nn poco de éter, si las enfermas soportan naturalmente este medicamento. Mejor es aun hacer respirar *con prudencia* cloroformo; este agente que nosotros hemos esperimentado en dos enfermas cuya historia ha sido referida por M. Prevost en su tesis (año 1851), ha contenido instantáneamente y de una manera maravillosa accesiones de histérico complicada una de ellas con catalepsia, y la otra acompañada de una agitacion suma y de dolores atroces en el vientre y en los lomos. Este medio no debe, pues, descuidarse en lo sucesivo. M. Escallier hizo mencion en su tesis inaugural (año 1849), de varios resultados favorables, y M. Briquet ha conseguido siempre con el cloroformo la cesacion repentina de los fenómenos convulsivos en unas 100 mujeres. Verdad es que en una parte de sus enfermas la calma se ha alterado al despertarse y ha sido necesario renunciar al remedio; pero á pesar de eso los casos de buen éxito quedan aun en suficiente número para justificar el uso del método.

Hay casos de histerismo que reclaman la sangría. Deberá abrirse la vena en los ataques histéricos de larga duracion, durante los cuales es la respiracion penosa y hay alguna congestion en la cabeza. En este último caso se aplicarán tambien refrigerantes á la frente. Cuando las accesiones se repiten con cierta constancia, convendrá meter á las enfermas en un baño fresco, hacerlas algunas afusiones frías; se empleará principalmente este último medio unido á los escitantes y estimulantes, cuando el histerismo vaya acompañado de un estado de resolucion y de síncope.

Para evitar los ataques se procurará investigar las causas que han provocado ó desarrollado la enfermedad, y alejarlas en cuanto sea posible; se prescribirán baños tibios ó frescos; un alimento suave, á no ser que el estómago

afectado de neurosis no pueda resistirle; se evitará todo lo que sea capaz de escitar el sistema nervioso y exaltar la imaginacion, como la música, los bailes, la lectura de novelas; las mujeres harán mucho ejercicio hasta fatigarse. Segun su aptitud y las condiciones en que se encuentran, se dedicarán á trabajos manuales ó al estudio de las ciencias naturales, de lenguas muertas ó vivas; estarán poco tiempo en la cama. Se ha creido por espacio de mucho tiempo, y muchos creen aun, que el matrimonio y la union sexual era el mejor medio curativo del histerismo; pero este es un error grave. El cóito, en efecto, únicamente ejerce esta benéfica influencia cuando el histerismo es efecto de la continencia, ó de un esceso de temperamento, ó de un amor contrariado; en este último caso puede que tengan menos parte en la curacion los placeres venéreos que la satisfaccion producida por un enlace apetecido.

Se han recomendado una multitud de agentes farmacéuticos con el título de *anti-histéricos*, y que realmente no tienen utilidad ninguna. A este número pertenecen casi todos los antiespasmódicos; sin embargo, acaso deberia hacerse una escepcion en favor de la asafétida, y principalmente de la valeriana, para la forma no convulsiva de la enfermedad. Los narcóticos, sin ser tampoco muy eficaces, pueden, sin embargo, ser útiles y moderar los espasmos y la agitacion. Segun M. Gendrin, el opio, propinado á dosis progresivamente aumentadas desde 2 granos hasta 12 y aun 15, goza de una grande eficacia; pero esta opinion no está sancionada por la esperiencia. Las mismas dudas tenemos acerca de la utilidad del éter, cuya dosis deberia elevarse á una onza diaria. Los tónicos y los ferruginosos principalmente, que se han celebrado mucho, solo están indicados cuando el histerismo va acompañado de clorosis ó atonía; fuera de estos casos son mas bien perjudiciales que útiles, con especialidad en las grandes ciudades y en la clase rica, cuyo sistema nervioso se encuentra en un estado de irritabilidad estremada. Este hecho está perfectamente demostrado por Pomme, que en el siglo último combatió las afecciones vaporosas con los diluentes, el suero, el caldo de ternera, de pollo, de ranas, las aguas minerales acídulas y los baños tibios; con lavativas frías y hasta de agua helada; con aplicaciones de compresas de agua fría á la cabeza si habia clavo histérico, y al vientre si habia cólicos histéricos con supresion de las reglas ó dismenorrea. No hay quien no sepa cuán numerosos fueron los buenos resultados debidos á este tratamiento que estuvo muy en boga en el siglo XVIII.

Sitio del histerismo.—Se ha colocado sucesivamente el histerismo en el útero, en el sistema nervioso y en algunos otros órganos, en la vena porta, en las vías digestivas, en el hígado, en la sangre, etc. Esta última opinion no cuenta en el dia ningun partidario, ni es posible sostenerla. La idea de localizar el histerismo en el sistema nervioso central, pertenece á Willis, y ha sido sostenida tambien por Carlos Lepois y recientemente por Georget, quien ha propuesto que se dé á la enfermedad el nombre de *encefalia espasmódica.* Pudiera en rigor sostenerse esta opinion si únicamente estuviese caracterizado el histerismo por convulsiones y por una abolicion mas ó menos completa de la inteligencia; pero ya hemos visto que en muchos casos casi no tomaba parte el cerebro en el ataque; la hinchazon del vientre, la opresion, la sensacion del bolo histérico, la constriccion de la garganta, son otros tantos fenómenos que se les encuentra con frecuencia solos, sin convulsion, sin trastorno cerebral, y de consiguiente, no tenemos

motivo para localizar en el cerebro los trastornos viscerales, que tienen un orígen muy distinto. Por otra parte, si atendemos á que el histerismo es esclusivo de la mujer, nos inclinamos desde luego á referir la enfermedad á los órganos sexuales. El estudio de los síntomas viene en apoyo de esta opinion; pues es sabido que en muchas mujeres van acompañados los ataques de histerismo de un estado de escitacion de los órganos genitales, de ciertos movimientos de la pelvis y en el momento de la remision de un flujo que lubrifica las partes sexuales; en una palabra, suelen encontrarse en los ataques histéricos la mayor parte de los fenómenos del orgasmo venéreo. Parece, pues, que el útero es el asiento ó punto de partida de la enfermedad, el cual, segun otros está en los ovarios. Esta es una doctrina que M. Schutzenberger ha desenvuelto con mucho talento en la *Gazette médicale* de 1846. El sabio catedrático de Estrasburgo afirma, que si haciendo echar de espaldas á ciertas mujeres histéricas, se palpa entre el epigastrio y la parte inferior de la fosa ilíaca, en la direccion del ovario derecho ó izquierdo, las enfermas se quejan de un dolor mas ó menos vivo. Si se aumenta la presion, el dolor se exaspera, se irradia hácia el epigastrio y se concentra en él; si se sigue aun tocando, la mayor parte de las enfermas quedan como envaradas y esperimentan algunas veces convulsiones y lipotimias, y otras solo el sentimiento del bolo histérico. Estos hechos son reales, pero muy raros, y yo con dificultad he podido producirlos una sola vez. ¿Pero es lícito asegurar que en estos casos se comprime mas bien el ovario que alguna otra parte de los órganos genitales? Es imposible afirmarlo. Por otra parte, convendria saber si en los casos raros en que la compresion llega á escitar dolores y despues ataques histéricos, los ovarios están sanos, ó si, lo que es mas probable, son el sitio de alguna alteracion de testura, porque en tal caso nada tendria de estraordinario y se comprendería fácilmente cómo la compresion de un órgano enfermo provoca los dolores, y despues los trastornos nerviosos que caracterizan los ataques histéricos. Lo mismo sucede con todo dolor vivo. Yo he tenido á mi cargo por espacio de mucho tiempo en el hospital de la Piedad una histérica con una anestesia completa de todo el tegumento y de todas las membranas mucosas accesibles á nuestros instrumentos; la parte inferior del tabique de la nariz, era el único punto del cuerpo que gozaba de sensibilidad, y comprimiéndole entre dos dedos determinaba un vivo dolor, é inmediatamente se manifestaba un violento ataque de histérico. Como quiera que sea, está confirmado por todas la pruebas que preceden, que el histérico tiene su punto de partida ya en el útero, ya en sus dependencias, y que luego se irradia á la manera de las neurosis ascendentes. Asi es, que por las comunicaciones del útero con los nervios ganglionicos se esplican los trastornos viscerales que caracterizan los pequeños ataques ó la forma no convulsiva. Por el contrario, los movimientos desordenados de los miembros se refieren al trastorno cerebral; pero este es consecutivo, y como dice muy bien M. Dubois, (de Amiens), hay en este caso en la sucesion de los fenómenos morbosos una analogía muy marcada con las convulsiones que algunas veces producen las cosquillas y el orgasmo venéreo. El histerismo, como hemos dicho, tiene su punto de partida en el útero ó en sus anexos; pero no lo limitamos al órgano uterino solo, en atencion á que en el año 1850 observamos por espacio de mas de tres meses una jóven de veinte y dos años, que carecia de vagina y de útero, y estaba, sin

embargo, atormentada por los ataques de histérico mas violentos que pueden imaginarse (1).

El histerismo es, pues, una neurosis de los órganos genitales de la mujer, y no tiene de consiguiente ningun agente material, ni depende de ninguna lesion apreciable; considero opuesta á la esperiencia cotidiana la opinion de Pujol, que supone ser una enfermedad sintomática de una metritis crónica. Las lesiones materiales hácia los órganos sexuales, que son bastante comunes en las histéricas, no desempeñan, como hemos dicho ya, mas que el papel de causas escitantes ó provocadoras.

DEL PRIAPISMO.

El priapismo está caracterizado por una ereccion contínua y dolorosa del péne, sin deseos venéreos. Esta última circunstancia distingue el priapismo de la satiríasis, en la cual hemos visto á los individuos desear ardientemente las relaciones sexuales y presentar un delirio relativo á su pasion. Ambas afecciones difieren tambien una de otra por su sitio, porque el priapismo parece ser una neurosis de los órganos genitales, al paso que la satiríasis es una neurosis cerebral, y constituye una variedad de la monomanía.

El priapismo rara vez es una afeccion primitiva; por lo comun es sintomático del mal estado de un órgano vecino. Asi es que un cálculo vesical, una cistitis, una estrechez de la uretra, una blenorragia, oxiuros en el recto, son con frecuencia causas eficientes de priapismo. Esta enfermedad se desarrolla tambien algunas veces por el uso de las cantáridas. La continencia ó el esceso contrario, el oneanismo, el abuso de líquidos estimulantes, un régimen demasiado escitante, la poca limpieza, la acumulacion de materia sebácea alrededor del glande, son tambien causas que pueden determinar el priapismo.

Para combatirle con eficacia es preciso conocer de antemano la causa que le produce. Eso se concibe fácilmente. Cuando la afeccion es esencial se atenderá al estado de la constitucion: si el sugeto es robusto y pletórico, se practicarán una ó varias sangrías. El régimen debilitante, los baños tibios, las bebidas demulcentes y los tópicos refrigerantes, convienen en casi todos los casos. Si la enfermedad se resiste, se ensayarán los calmantes y anti-espasmódicos por la boca ó en lavativas, ó por inhalacion. Por un caso que se lee en la *union médicale* de 1850 se ve que un priapismo de que se hallaba afectado un clérigo, se curó con el cloroformo aplicado al órgano mismo sobrescitado. Se ha recomendado muy especialmente el alcanfor en polvo ó en lavativas. Dijimos ya anteriormente que se habia celebrado el lupolino á la dosis de uno á cinco escrúpulos. Tambien se dice que ha producido buenos resultados la digital, pero necesitan confirmacion estos hechos.

(1) El estado anatómico de dicha mejer fue examinado por varios hombres competentes, y particularmente por M. Chassaignac, cirujano del hospital de San Antonio, y por uno de los internos mas distinguidos de los hospitales, M. Prévost, á la sazon agregado á mi servicio. No se hallaba ningun vestigio de útero, pero es probable que existiesen los ovarios. Se creyó efectivamente percibir en las partes laterales de la escavacion de la pelvis dos cuerpos que parecian ser los ovarios. Todos los meses ofrecia la enferma los signos de la cogestion que precede á las reglas. La vulva estaba bien conformada; los pechos tenian un volúmen considerable. Dicha jóven no estaba sujeta á ninguna hemorragia supletoria.

DE LA ANAFRODISIA.

Se ha dado el nombre de anafrodisia á un estado en que nunca existen deseos venéreos, á la imposibilidad de verificar el cóito por falta de ereccion.

La anafrodisia sobreviene naturalmente por los progresos de la edad; pero tambien puede sobrevenir prematuramente bajo la influencia del onanismo, del abuso del cóito, sobre todo si es prematuro, de la continencia, de las pérdidas seminales, de la diabetes, de todas las causas debilitantes, de las pesadumbres y de los trabajos mentales. A estas causas debemos añadir las enfermedades de la médula, que en algunos sugetos presentan como uno de los primeros síntomas la falta de deseos venéreos y la imposibilidad de la ereccion. Un amor violento, el gozo de poseer una mujer que se ha deseado mucho tiempo, ó bien el amor respetuoso y tímido, las preocupaciones de un recien-casado de no poder cumplir el acto conyugal, determinan á veces la anafrodisia; pero en estos casos casi siempre es pasajera, momentánea. Por último, hay una anafrodisia que depende de la falta radical y completa del temperamento genital, en cuyo caso están poco desarrollados los órganos sexuales.

Es preciso respetar la anafrodisia que es consecuencia natural de la edad. Respecto de la que se declara prematuramente, deberán antes de todo sustraerse los enfermos á las causas que hayan producido la impotencia, pues esta precaucion basta muchas veces para curar la enfermedad. Si la constitucion está debilitada, menoscabada, se reanimarán las fuerzas por medio de alimentos y medicamentos tónicos. En todos los casos se escitará la enervacion de los órganos genitales por medio de lociones frias, y mejor aun de chorros al periné y á los lomos; del sobamiento, la urticacion y la flagelacion con correas de cuero; de fricciones secas ó con líquidos espirituosos irritantes; de revulsivos mas enérgicos, como los sinapismos y vejigatorios volantes. Tambien se ha aconsejado la electricidad dirigida al raquis y á los órganos genitales. Igualmente se prescriben por lo comun muchos medicamentos que se creen afrodisiacos, como las cantáridas y el fósforo; pero estos remedios son muy peligrosos, y en caso de usarlos debe ser con mucha reserva, y aun creemos que es mejor proscribirlos completamente. No asi la nuez vómica ó sus preparados, cuya utilidad esta probada por hechos numerosos. Nada diremos de la anafrodisia que depende de una preocupacion de los individuos. Esta es una enfermedad solo accesible á los medios morales.

DE LA INCONTINENCIA DE ORINA.

Consiste la incontinencia de orina en un flujo involuntario de este líqudio por la uretra.

Causas de la incontinencia.—La incontinencia de orina es un accidente que hemos indicado ya muchas veces en el curso de diversas enfermedades. La hemos encontrado en las fiebres graves cuando el cuello de la vejiga participa de la atonía ó resolucion. Es un síntoma frecuente en un período avanzado de las afecciones agudas y crónicas del encéfalo, y en todos los períodos de las

de la médula. Puede tambien depender de una parálisis limitada de la vejiga, como se ve frecuentemente en los viejos, y es algunas veces consecuencia de la contusion y sobre todo de la dilatacion forzada de la uretra, como sucede despues de la litotricia ó de las maniobras para estraer los cálculos. Muchos calculosos tienen tambien una incontinencia de orina que se esplica por la introduccion del cálculo en el cuello de la vejiga, ó por hallarse esta paralizada, y tal vez con mas frecuencia por no poder el reservorio, sobrescitado por el cuerpo estraño dejarse distender, y se contrae á medida que la orina llega á su cavidad. Asi es tambien como se produce la incontinencia de orina en los casos de cistitis aguda ó de neuralgia vesical, en la cual la necesidad de espulsion es imperiosa y el enfermo no puede dominarla. M. Civiale habla tambien de una incontinencia de orina que depende de la dilatacion de la parte profunda de la uretra, en la cual la orina se acumula de manera que los individuos despues de haber orinado á chorro, perciben el líquido fluir gota á gota casi indefinidamente, y para no mojar sus vestidos, se ven obligados á tomar precauciones.

La incontinencia de orina, menos comun en la mujer, reconoce en esta algunas causas especiales: tal es la que sobreviene en los últimos tiempos del embarazo, y que resulta de la compresion que el útero ejerce en la vejiga. Con mas frecuencia tal vez que en el hombre, se ve en la mujer una incontinencia que depende al parecer de la parálisis del cuello de la vejiga. En este caso semejante incontinencia es, en efecto, intermitente, y se manifiesta apenas la vejiga contiene cierta cantidad de orina. El líquido ademas sale con frecuencia en las sacudidasde la tos, ó bien cuando las enfermas gritan ó bailan.

Hay una incontinencia muy comun y muy rebelde, y es la que afecta á muchos niños y jóvenes de ambos sexos solo durante la noche. Sobre esta afeccion el malogrado Mondiére publicó en 1837, en la *Presse médicale*, un trabajo interesante.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la incontinencia no puede ofrecer dificultad alguna; pero no siempre es igualmente fácil determinar la causa que la produce. La manera de verificarse la espulsion de la orina, los síntomas concomitantes, la esploracion del vientre, y por último, el cateterismo revelarán por lo comun cual es la causa que ha producido y sostiene la enfermedad, siendo muy importante no olvidar que en la retencion de orina los enfermos orinan á menudo involuntariamente porque se derrama el esceso de orina que contiene la vejiga. Pero en este caso la incontinencia es no mas que un accidente, y la parálisis de la vejiga es la enfermedad real; el órgano forma en el vientre una eminencia mas ó menos considerable y por medio del cateterismo se saca una gran cantidad de líquido. Esta forma de incontinencia es muy frecuente en los viejos, y en ellos, por tanto, debemos muy especialmente, cuantas veces exista un flujo involuntario de orina, asegurarnos por la palpacion y la introduccion de la sonda, de si la vejiga está distendida, y si se vacía incompletamente. No insistiremos mas en este punto para no entrar en pormenores agenos de este libro, y que se hallan espuestos en los tratados de patología quirúrgica. Fáltanos solo decir algunas palabras acerca de la incontinencia que se manifiesta esclusivamente durante la noche en los niños y en los adolescentes.

Incontinencia nocturna.—La emision involuntaria de orina durante el sueño, es el único fenómeno morboso que se observa en los individuos de que ha-

blamos. Algunos de ellos sufren esta incomodidad todas las noches, cualquiera que sea la precaucion que tomen. En otros eso no sucede sino de tiempo en tiempo, cuando el sueño mas profundo y mas pesado impide apercibirse de la necesidad de orinar, ó bien cuando los individuos, habiendo bebido mucho en la cena y sobre todo en el momento de acostarse, segregan mayor cantidad de orina. Conocemos á un adulto que desde su niñez se orina constantemente en la cama cuantas veces bebe un vaso de agua al acostarse.

En la incontinencia nocturna no sale la orina gota á gota á medida que llega á la vejiga, sino que se acumula en cierta cantidad en ella, y despues, sea por efecto de una atonía del esfínter, sea por un esceso de irritabilidad de las par redes vesicales, es espelida sin que se sienta la necesidad de arrojarla, ó sin escitar una impresion bastante viva para interrumpir el sueño, y por consiguiente sin que el enfermo se aperciba de su emision.

La incontinencia de orina es una afeccion repugnante, cuyo término no es fácil calcular. Se ha dicho que cesa casi siempre en la pubertad, y que cuando resiste á esta revolucion natural debe suponerse incurable; pero esto no es exacto. Todo lo que acerca del particular se ha dicho no descansa en ningun dato cierto.

Se dice generalmente que los niños y adolescentes sujetos á esta dolencia, son débiles y canijos, y de un temperamento en cierto modo linfático; pero tambien esto es inexacto, porque la mayor parte de los que ha observado Mondiére eran robustos y de buenas carnes, de suerte que no era posible referir en ellos la incontinencia nocturna á la debilidad general. En concepto de este profesor distinguido, depende siempre dicho accidente de una atonía limitada á la vejiga, y en esta idea, adoptada por la mayor parte de los prácticos, se fundan los principales tratamientos que vamos á dar á conocer. Sin embargo, parece probado que en algunos casos la incontinencia depende de una irritabilidad mayor de la vejiga, de una especie de estado espasmódico de este órgano.

Accidentes que son el resultado de la incontinencia.—Los individuos en quienes la orina sale involuntariamente, acaban por tener el escroto y la parte interna de los muslos roja, eritematosa, dolorosa; con frecuencia presentan algunas escoriaciones, y el dermis, crónicamente inflamado, se endurece.

Tratamiento.—La incontinencia de orina reclama medios muy distintos los unos de los otros, pues varian segun la naturaleza de las causas que producen y sostienen la afeccion. Si la incontinencia depende de una cistitis, debe combatirse esta por la serie de medios que tenemos indicados; si la incontinencia depende de una neuralgia vesical, si es la consecuencia de una parálisis de la vejiga, se le opondrá el tratamiento que hemos indicado al hablar de estas enfermedades. Por último, la incontinencia que depende de la presencia de un cálculo, de una lesion de los uréteres ó del cuello de la vejiga, reclamará la intervencion de los medios quirúrgicos.

La incontinencia que en la mujer depende especialmente de un estado de atonía del cuello vesical, cede algunas veces á los baños de asiento frescos ó frios. Algunos prefieren introducir en la vejiga candelillas blandas que se dejan en ella por espacio de algunos minutos, y si estos medios son ineficaces, proponen la cauterizacion del cuello de la vejiga.

A la incontinencia nocturna se oponen con éxitos varios, una multitud de medios que vamos á enumerar sucesivamente.

Solo citaremos para proscribirlos algunos medios empleados con objeto de impresionar vivamente la moral de los niños: asi es que á unos se les hace tocar un muerto, á otros despachurrar un raton con las manos, etc. Aunque estos medios no fuesen absolutamente inútiles, deberian, sin embargo, proscribirse, por los funestos efectos que pueden producir sobre la organizacion tan impresionable y tan delicada de los niños.

Entre los medios racionales empleados, dominan los tónicos, ora para fortificar la constitucion general, ora para obrar únicamente sobre la vejiga: asi es que se han empleado con éxito las preparaciones ferruginosas, la quina, los amargos, los baños sulfurosos, iodados, aromáticos preconizados por M. Lallemand, los de mar, celebrados por Underwood, y los frios comunes recomendados por Baudelocque y Guersant. Dupuytren aconsejaba tambien el frio; pero por inmersion, como en la corea (Véase esta enfermedad). Se ha procurado igualmente reanimar la tonicidad de la vejiga por medio de ventosas secas aplicadas al periné (Canin), de vejigatorios y de moxas detrás del escroto ó en la region del sacro (Mongeret, Dickson), por la electricidad galbánica (Webster, Maudit), ó bien introduciendo cinco ó seis veces y con tres ó cuatro dias de intervalo, una sonda en la uretra (Goulard, Lair, Bandelocque). Tambien se ha aconsejado el uso de las cantáridas en fricciones é interiormente; algunos recomiendan el centeno atizonado, el nitro (1 á 2 escrúpulos) y el ácido benzóico (2 á 4 granos); pero aun no está demostrado el efecto de estas sustancias. No sucede lo mismo con la nuez vómica empleada primeramente por M. Mauricet, y recomendada especialmente por Mondière como el agente mas eficaz que le ha recomendado su propia esperiencia. Este malogrado médico asociaba por lo comun dicho medicamento al óxido negro de hierro (estracto de nuez vómica 8 granos; óxido de hierro 1 dracma; háganse 24 píldoras para tomar tres cada dia). Inútil es decir, que en vez de la nuez vómica pudiera emplearse la estrignina, pero á dosis infinitamente menor. Por último, diremos para concluir, que hace algunos años MM. Bretonneau, Morand de Tours y Trousseau, obtuvieron buenos efectos combatiendo con la belladona la incontinencia nocturna. Se da á los niños una quinta, cuarta ó tercera parte de grano de polvos de belladona; pero cuando la enfermedad ha cedido, es menester para evitar una recidiva tener la precaucion de repetir de cuando en cuando el uso del medicamento. ¿Cómo obra la belladona? Es racional suponer que combate la escitacion ó el espasmo de la vejiga, que parece en efecto ser algunas veces la causa de la incontinencia.

Tratamiento paliativo.—Cuando la incontinencia persiste no obstante los medios racionales ó empíricos empleados contra ella, es necesario que intervenga el arte para volver la enfermedad lo menos incómoda posible. Los medios propuestos en semejante caso tienen por objeto, los unos recibir la orina á medida que sale, los otros oponerse á su salida. El primer objeto se llena con el auxilio de vasos prolongados y aplastados que pueden ser de cuero, de goma elástica, de gutta-percha, que los enfermos llevan constantemente de una manera que con facilidad se disimula. La aplicacion de un aparato es difícil en la mujer; sin embargo, se ha podido algunas veces construir un orinal que se adaptaba exactamente contra el orificio de la uretra. Cuando no se tiene este recurso, se aplican á la entrada de la vagina algunas esponjas que se renuevan con frecuencia.

Para oponerse á la salida de la orina se han propuesto muchos instrumentos, que consisten en compresores de diferentes formas, que en su mayor parte se soportan dificilmente. Este, pues, es un débil recurso, al cual por otra parte no debe recurrirse sino con una prudencia escesiva.

DECIMA CLASE DE ENFERMEDADES.

ENFERMEDADES ESPECIALES DE CIERTOS ÓRGANOS Ó TEJIDOS.

Enfermedades especiales de los órganos digestivos.

DE LA PRIMERA DENTICION Y DE LOS ACCIDENTES QUE LA COMPLICAN.

Desde el quinto al duodécimo mes de la vida extra-uterina es cuando se esfuerzan los dientes en salir de los alvéolos. El prurito de las encías es el primer fenómeno que indica este trabajo natural. El niño, inquieto y lloron, suele tranquilizarse cuando se le rasca con suavidad el borde libre de las encías; generalmente se las aprieta él mismo con su dedo, y habitualmente se mete en la boca las manos y todo lo que puede coger. La temperatura de la boca parece aumentada; las megillas mas coloradas; una saliva abundante, inodora, acuosa, fluye casi continuamente y baña la barba; el vientre está mas suelto de lo regular; tienen los niños mas ganas de mamar; las encías, ya mas rojas y como cuadradas, están circunscritas en su parte esterna y superior por un borde blanquecino; á veces su vértice presenta algunas manchas blancas, debidas al reflejo del diente al trasluz de la mucosa adelgazada. Este trabajo puede durar solo algunos dias, ó prolongarse muchas semanas y hasta meses. Por último, aparecen los dientes, pero no todos á un tiempo: casi siempre son los dos incisivos medios de la mandíbula inferior los primeros que se presentan entre el sesto y octavo mes; al cabo de algunas semanas aparecen los dos incisivos correspondientes de la mandíbula superior; despues de un nuevo descanso de igual duracion que el primero, salen los incisivos esternos de las dos mandíbulas. A fines del primer año rompe las encías el primer par de muelas pequeñas, y el principio del segundo está marcado por la erupcion de los colmillos. Entre este y el tercer año aparece el segundo par de muelas. Aquí termina la primera denticion, que da veinte dientes, algunas veces menos, pero nunca mas: se conocen con el nombre de *primeros dientes*, *dientes de leche* ó *dientes temporales*.

Tal es el cuadro fiel de los fenómenos de la primera denticion, tomado casi literalmente de J. Frank, que reconoce sin embargo que la naturaleza, variando sus combinaciones, se separa muchas veces del órden que acabamos de indicar, sin que de ello resulte ningun inconveniente á la salud. Segun se deduce de una memoria muy interesante del catedrático Trousseau, fundada en la análisis de sesenta y cinco observaciones, no se verifica precisamente en el órden que acabamos de trazar la evolucion de los dientes: segun este autor se ven primero

dos incisivos medios inferiores de ocho á diez meses; cuatro incisivos superiores de ocho á quince meses; cuatro primeros molares y dos incisivos laterales de doce á veinte meses; cuatro caninos de diez y ocho á veinte y cinco meses; y las cuatro segundas muelas de veinte y cuatro á treinta meses. Pero, lo repetimos, estas variaciones tienen poca importancia. Por último, hácia el quinto año aparecen cuatro grandes molares, que son una especie de transicion entre la primera y segunda denticion, y persistentes como los dientes de esta última.

La denticion es un fenómeno fisiológico que casi siempre se verifica sin trastornos. A veces, sin embargo, suscita diversos accidentes, distinguidos por los autores en locales y simpáticos.

1.° *Accidentes locales.*—Son poco numerosos, y los principales los siguientes: 1.° la tumefaccion de la encía, que tiene un color rojo violado, y está seca, tensa y muy dolorosa á la presion; 2.° aftas que nada presentan de particular, 3.° en los niños pobres la dentincion laboriosa ha sido algunas veces causa determinante de la gangrena de la boca; 4.° por último, Billard cita algunos ejemplos de una hemorragia ligera por los alvéolos ó la superficie de las encías: pero este caso es sumamente raro.

2.° *Accidentes simpáticos.*—Son muy numerosos y muy importantes. El accidente mas comun del trabajo de la denticion es un aparato febril continuo ó errático que no ofrece nada de particular. Sin embargo, cuando es intenso, va acompañado de agitacion ó somnolencia, que hace temer una complicacion grave.

Son sumamente frecuentes los trastornos de los órganos digestivos; algunos niños vomitan, y casi todos tienen diarrea. Esta puede ser ligera ó tan grave que haga morir á los pacientes con síntomas coléricos. La diarrea, al menos la que es moderada, siempre se ha creido una circunstancia favorable, y aun en la actualidad son pocos los médicos que no tienen esta opinion. Sin embargo, M. Trousseau ha deducido de sus recientes investigaciones, que la diarrea era siempre en los casos de que hablamos una circunstancia desfavorable, y que por consiguiente debia cortarse, porque si se prolongaba, era seguida de úlceras intestinales. Tambien ha visto que son mas frecuentes las convulsiones en los niños atacados de diarrea que en los demás, y contra lo que generalmente se dice, ha reconocido siempre mucha ventaja en cohibirla. El mismo autor considera esta diarrea en el mayor número de casos, como resultado de una indigestion.

Los trastornos cerebrales son los mas graves que pueden sobrevenir en el curso de la denticion, y consisten en movimientos convulsivos, como los que hemos descrito al tratar de la eclampsia. Se ha dicho tambien que sobrevenian con frecuencia síntomas de congestion; pero este hecho es mas raro de lo que se cree. Se ha supuesto igualmente que la denticion producia el hidrocéfalo y la meningitis tuberculosa; pero ya hemos citado las investigaciones de M. Piet que contradicen formalmente este opinion.

Durante el trabajo de la primera denticion, sobre todo si es penosa, se observan con frecuencia diversas erupciones en el cutis, que consisten en chapas rojas eritematosas ó papulosas, que se presentan con especialidad en las nalgas, en las partes genitales, algunas veces en las mejillas, y casi nunca en las

demás partes del cuerpo. Algunos niños padecen ademas oftalmias, y mas raras veces bronquitis, ó un poco de tos convulsiva, que Hunter compara á la de la coqueluche. Sin embargo, estos accidentes son muy raros, y no nos es bien conocida la relacion que puede haber entre ellos y la denticion, á la cual atribuyen algunos gratuitamente casi todas las enfermedades de la primera infancia.

No es posible trazar la marcha que siguen estos diversos accidentes, porque no tienen un curso bien determinado: sin embargo, por lo menos los mas graves, como las convulsiones, la diarrea y la fiebre, se declaran en lo mas fuerte de la enfermedad y duran muy pocos dias; pero están sujetos á recidivas. Hay en efecto muchos niños en quienes se marca la erupcion de cada diente por la manifestacion de los mismos síntomas; á veces, sin embargo, solo es tempestuosa la salida de los primeros, y la de los demás se verifica sin producir ningun trastorno notable en la economía.

Es innegable que estos accidentes graves de que acabamos de hablar, como las convulsiones y la diarrea, quitan la vida á muchos niños; pero nos parece exagerada la opinion que fija en una mitad (Berdmore) ó en una tercera parte (Plenk) el número de niños que mueren á consecuencia de una denticion difícil. La ciencia, por otra parte aguarda acerca del particular observaciones mas precisas que las que hasta hoy se han recogido.

Tratamiento.—Para favorecer la salida de los dientes y precaver la esplosion de los accidentes mencionados, es preciso colocar á los niños en buenas condiciones higiénicas; se les preservará del frio y de la humedad, y no se les destetará hasta que salgan los primeros dientes, que son los incisivos. Algunos autores quieren que no se les quite el pecho mientras dure la erupcion de los primeros dientes, y hasta los hay como Duval que aconsejan que no se les destete hasta que hayan salido todos los dientes de leche. M. Trousseau no permite el destete hasta que están fuera los ocho incisivos y las cuatro primeras muelas, lo que, como se ve, podria obligar á prolongar la lactancia hasta los diez y ocho ó veinte meses. Pero este término nos parece demasiado largo, y creemos que solo debe prolongarse tanto la lactancia cuando existe alguna otra circunstancia independiente de la denticion que asi lo exija.

Para favorecer la salida de los dientes han recomendado unos y proscrito otros, el uso de chupadores duros. Los que los han adoptado los emplean, unos al principio, otros al fin, cuando la encía está distendida y magullada por el diente. De consiguiente, es difícil formarse una opinion bien exacta; sin embargo, nos ha parecido que al principio, y algunas veces durante todo el curso de la denticion, eran preferibles los chupadores duros; los niños los buscan, y se conoce que tienen un placer en apretarlos entre las encias. Pero cuando estas se hallan hinchadas y doloridas; cuando la menor presion ocasiona dolores intensos, seria irracional introducir en la boca un cuerpo duro: en tal caso debemos limitarnos á humedecer las partes con mucílago de goma, miel, ó manteca fresca. Cuando no existe ningun fenómeno simpático grave, solo deben emplearse los emolientes y las cataplasmas calientes á las estremidades; en el caso contrario, deberia incindirse y aun escindirse la encía para que cese la estrangulacion. Esta operacion, desechada por algunos sin fundamento, ha dado la vida á niños que padecian violentas convulsiones.

Los síntomas predominantes exigirán un tratamiento especial. Asi es que se procurará moderar la fiebre con los baños, disminuyendo un poco la cantidad de alimentos, y dando al niño una bebida atemperante. Estos medios convienen tambien para combatir las erupciones cutáneas. Para moderar la diarrea se dará menos de mamar al niño, se le administrarán algunas preparaciones opiadas y el sub-nitrato de bismuto. Ultimamente, contra las convulsiones se emplearán los medios que hemos indicado anteriormente en el artículo *Eclampsia.*

DE LA INDIGESTION.

La indigestion es un trastorno súbito y pasagero de la digestion. Asi la define Merat, y creemos que está bien definida.

Anatomía patológica.—El cadáver de los sugetos muertos de indigestion entra por lo comun muy pronto en putrefaccion; los intestinos están llenos de gases; el estómago, rojo ó violado, uniformemente o por chapas, contiene cierta cantidad de alimentos; pero aun no se ha apreciado bien el estado anatómico de la mucosa. Algunas veces se ha observado tambien un estancamiento de la sangre en el hígado, pulmones y cerebro; últimamente, se han encontrado con frecuencia los bronquios llenos de detritus de alimentos, que generalmente han penetrado durante la vida, pero que tambien pueden haberlo verificado despues de la muerte. En este caso es preciso admitir que á consecuencia del desarrollo considerable de gases, el estómago comprimido, ha arrojado por el cardias los alimentos que contenia, y pasando por el esófago han podido introducirse en la laringe entreabierta y en las anfractuosidades de las fosas nasales.

Síntomas y curso.—La indigestion se declara por lo comun pocas horas despues de comer. Los sugetos sienten al principio mucha plenitud; tienen incomodidad, peso y hasta dolor en el epigastrio, tienen tambien ansiedad, arrojan eructos ácidos y frecuentemente gases, que exhalan un olor á hidrógeno sulfurado. Algunos tienen hipo, se quejan de cefalalgia, inquietud, opresion, y al fin vomitan alimentos mas ó menos alterados. Esta evacuacion espontánea, que se verifica comunmente con facilidad y sin esfuerzos en los niños, produce grande alivio. Muchos tienen ademas cólicos y borborigmos; el vientre se meteoriza un poco; arrojan gases fétidos por el ano, sienten una necesidad imperiosa de defecar, y espelen una gran cantidad de materias mucosas ó biliosas mezcladas con alimentos aun inperfectamente digeridos. En este caso se dice que la indigestion es *completa,* es decir, que el estómago y el intestino se han afectado simultánea ó sucesivamente, y han sido espelidos todos los alimentos. A veces es incompleta la indigestion, y entonces están limitados los trastornos al estómago ó á los intestinos solamente. En uno y otro caso pueden no ser espelidas algunas sustancias alimenticias, ó bien quedan reducidos los accidentes del tubo digestivo á un poco de peso en el epigastrio, á algunas náuseas, y á algunos eructos ácidos ó gaseosos; despues se van calmando poco á poco tales accidentes y se digieren los alimentos que no han sido espelidos.

Sin embargo, no siempre es tan simple la indigestion. En algunos sugetos se observa cierta torpeza, somnolencia y coma á consecuencia de una conges-

tion cerebral concomitante, y en los niños no es raro como hemos dicho, que sobrevengan accesos de eclampsia; por estas complicaciones suele ser á veces mortal la indigestion. Tambien hemos visto que los enfermos podian morir sofocados, cuando en el acto del vómito penetran las materias en las vias aéreas, de lo que la ciencia presenta en sus anales varios ejemplos. En el mayor número de casos dura muy poco la indigestion, y las funciones digestivas vuelven al momento á su estado fisiológico. Sin embargo, algunos enfermos tienen muchos dias inapetencia, pastosidad en la boca, sed, y rara vez un poco de diarrea.

Diagnóstico.—Lo mismo por sus síntomas que por su curso, se ve cuánto se distingue la indigestion de la gastritis, de la enteritis y de una estrangulacion interna; mas fácilmente pudiera simular un envenenamiento por una sustancia irritante cáustica. Pero la violencia de los dolores la naturaleza de los vómitos, el sabor que percibe el enfermo, muchas veces los vestigios que ha dejado el veneno en la boca, y por último la análisis de las materias evacuadas, dan á conocer la causa de los accidentes. Al tratar del cólera europeo dijimos en qué se distinguia de la indigestion, y de consiguiente no debemos volver á ocuparnos de esta parte del diagnóstico diferencial. Cuando la indigestion solo se revela, como suele suceder en los niños muy pequeños, por trastornos simpáticos, por un ataque de eclampsia por ejemplo, puede ser difícil conocer la enfermedad. Sin embargo, un médico instruido no dejará de informarse en tal caso de la salud habitual del niño, de sus hábitos, de su régimen, de los alimentos que ha tomado el mismo dia y la víspera, palpará el epígastrio para ver si está dolorido y por medio de la percusion procurará limitar el estómago y determinar si está distendido por alimentos. En este caso se percibirá un sonido macizo en la parte superior del vientre, que variará alternativamente de sitio echándose el enfermo de los dos lados.

Pronóstico.—Por lo comun no es grave la indigestion; pero ya hemos visto que podia ser mortal, lo mismo en los niños que en los adultos, produciendo accidentes cerebrales. En igualdad de circunstancias es mas grave en los sugetos que padecen alguna afeccion de las vías digestivas, y por punto general en todos los enfermos y convalecientes. En los primeros, se exaspera siempre la enfermedad; en los segundos, hay con frecuencia recaidas ó bien la indigestion se convierte en causa determinante de accidentes nuevos.

Etiología.—Puede ser producida la indigestion por una multitud de causas; es un accidente frecuente en los que comen mucho, en los individuos que sobrecargan el estómago de una gran cantidad de alimentos y particularmente de sustancias indigestas, y en los que comen sin necesidad y con repugnancia. Puede sobrevenir la indigestion cuando, poco despues de comer y antes que se concluya la disgestion, se come de nuevo ó se ingiere en el estómago una bebida fría; cuando se hacen ciertos movimientos con el cuerpo, como columpiarse: cuando los sugetos tienen una conmocion moral viva ó un dolor intenso, ó se dedican á un trabajo intelectual ó manual muy sostenido, ó á un ejercicio violento.

Tratamiento.—Cuando empieza la indigestion, cuando solo hay incomodidad en el epigastrio, eructos y desprendimiento de gases, se consigue algunas veces conjurar los accidentes dando al enfermo una taza de infusion de flor de

tilo, de hojas de naranjo, de té, de manzanilla, de café ó bien un poco de algun líquido espirituoso. Cuando es completa la indigestion, se favorecerá el vómito dando algunas tazas de agua tibia ó titilando la campanilla. Si la ansiedad fuese grande, y si á pesar de las náuseas no se efectuase el vómito, deberian administrarse dos granos de emético ó veinte de ipecacuana. Si sobrevienen cólicos y diarrea, se prescribirán los diluentes, algunas lavativas emolientes, aplicacion de cataplasmas tambien emolientes al vientre y abstinencia hasta que hayan desaparecido los accidentes. No están conformes las opiniones sobre lo que debe hacerse cuando la indigestion está acompañada de congestion cerebral: unos quieren que se sangre, otros, y esta es nuestra opinion, dan el emético desde luego. Las razones que tenemos para dar la preferencia á este método las hemos espuesto tratando de la apoplegia cerebral. La espulsion de las materias contenidas en el estómago hace cesar por lo comun los síntomas cerebrales; sin embargo, si estos persistieran cuando ya no existe la indicacion evacuante, deberia disminuirse la cantidad de sangre del cerebro á beneficio de la sangría y de los revulsivos. Resulta pues, que las emisiones sanguíneas solo convienen en casos escepcionales, y que querer generalizar su uso, es esponerse a graves accidentes. Se ha dicho que en estos casos de congestion solia ser difícil hacer vomitar á los enfermos. Si fuese cierto, y si la gravedad del estado general hiciese temer una terminacion prontamente funesta, deberia recurrirse á la bomba gástrica, cuyo uso está muy generalizado en Inglaterra, y muy poco entre nosotros.

DEL EMBARAZO GÁSTRICO.

No sabiendo aun cual es la condicion que caracteriza anatómicamente el infarto gástrico, tiene que reducirse la definicion de esta enfermedad á la enumeracion de sus principales síntomas. Diremos pues, que el embarazo ó empacho gástrico, es una afeccion comunmente apirética, caracterizada por una capa blanca ó amarilla de la lengua, amargor de la boca, inapetencia, náuseas, cefalalgia supraorbitaria y por un estado de malestar y postracion considerable.

Historia.—El infarto gástrico es una afeccion muy comun en todos los climas. Hipócrates dió á conocer sus principales síntomas á mas de indicar perfectamente el tratamiento que debe emplearse. Pero Rufus (de Efeso) fue el que entre los antiguos trazó el cuadro mas exacto de la enfermedad, que bajo los nombres de *estado saburroso*, *infarto mucoso*, *turgescencia de la bilis*, etc., ha constituido hasta la aparicion de la doctrina fisiológica, una afeccion perfectamente definida y sobre todo con su tratamiento adecuado. Broussais, derribando instantáneamente lo que la autoridad de los siglos habia tan bien establecido, hizo de ella una forma de flegmasia del estómago, y la combatió con los antiflogísticos; pero esta innovacion desgraciada no ha gozado mas que de un favor efímero, y en el dia todos los médicos instruidos han abandonado esta modificacion peligrosa y adoptado las ideas de los antiguos. Es de mucho interés la lectura de un escelente trabajo sobre esta enfermedad, debido á M. Martin-Solon, inserto en la *Gazette médicale* de 1836.

Síntomas.—El embarazo gástrico empieza á veces lentamente, y á veces con bastante rapidez. Los individuos afectados de él sienten inapetencia y aun

aversion á los alimentos, especialmente á las sustancias animales y materias grasientas. La sed es variable, solo se apetecen bebidas ácidas; de cuando en cuando hay eruptos amargos, ó ácidos; los enfermos tienen ganas frecuentes de vomitar, y vómitos que casi siempre los alivian; se quejan de un sabor amargo y encuentran este gusto en todos los alimentos y bebidas. El aliento es fétido y la boca exhala un olor nauseabundo, especial y característico. La lengua está ancha, húmeda y cubierta especialmente en la base, de una capa gruesa, amarillenta, que tapiza igualmente los dientes y muchas veces tambien las encías y mucosa bucal. En muchos individuos la cámara posterior de la boca es el sitio de una sensacion incómoda, que escita continuos esfuerzos de espectoracion y espuicion. Muchos enfermos tienen peso en el epigastrio, y dolor que se exacerba á la presion; otros se quejan de incomodidad, opresion y constriccion esternal. Unas veces hay estreñimiento y otras diarrea; esta última va generalmente acompañada de algunos dolores de vientre. La orina es escasa, roja, y echando en ella algunas gotas de ácido nítrico suele producir un color verdoso, debido á la precipitacion de la materia colorante de la bilis, segun lo probó hace pocos años perfectamente M. Martin-Solon. La cara de los enfermos presenta un color amarillento, mas marcado en los labios, en las alas de la nariz y en las conjuntivas; la tez es en su conjunto de una lividez particular; la cabeza está pesada, y casi todos los enfermos se quejan de cefalalgia supra-orbitaria. El pulso es blando y sin frecuencia, no hay calor en el cutis, y este suele estar seco. Los enfermos están muy impresionables á la accion del frio; al moverse sienten pequeños escalofrios y horripilaciones, están fatigados, postrados, y no tienen aptitud para ningun trabajo intelectual ni manual; hay insomnio ó sueño pesado ó interrumpido por ensueños; por último, algunos presentan en diferentes puntos del tegumento diversas erupciones, especialmente de forúnculos ó de vesículas herpéticas. Este conjunto de síntomas caracteriza la forma de infarto gástrico denominado *infarto ó estado bilioso*. Los fenómenos varian algo en la forma llamada estado *mucoso* ó *atónico*.

En este último está reemplazada la cefalalgia por una simple pesadez de cabeza; la capa de la lengua y de los dientes, en lugar de ser amarilla, es blanca ó agrisada; la boca está pastosa en vez de amarga, el aliento es ácido, pero sin exhalar el olor nauseabundo del precedente. Hay inapetencia, pero los alimentos y bebidas en lugar de parecer amargos, parecen sosos y enteramente insípidos; las digestiones son difíciles, acompañadas muchas veces de dolores epigástricos, de regurgitaciones alimenticias, y de eruptos gaseosos con olor á hidrógeno sulfurado; hay náuseas y los enfermos suelen vomitar en ayunas materias mucosas y viscosas; algunos tienen tialismo y aftas en la boca. La orina es acuosa, la cara está pálida y el pulso blando; hay la misma fatiga é incapacidad para el trabajo que en la forma precedente.

Curso y terminacion.—En ambas formas se observa que al cabo de algunos dias ó una ó dos semanas, se disipa este estado, á veces espontáneamente y sin crisis, á veces á consecuencia de sudores copiosos ó de evacuaciones por arriba ó por abajo, naturales ó provocadas. Entonces se restablecen los enfermos en su mayor parte; apenas hay convalecencia, sin embargo, algunos siguen débiles algun tiempo, tienen el estómago perezoso, y sus digestiones son mas ó menos difíciles.

En los que están mal cuidados ó no emplean ningun tratamiento, suelen agravarse los síntomas como lo han observado frecuentemente Tissot y Finke; en tal caso sobreviene fiebre y se hace luego continua, asi es que muchas fiebres tifoideas son consecutivas á un infarto gástrico descuidado ó mal curado. A veces pasa la enfermedad al estado crónico; entonces quedan los enfermos en un estado valetudinario, no pueden digerir, se enflaquecen y debilitan, estan tristes y desanimados, tienen el cutis seco y suelen presentar por la tarde un ligero movimiento febril: pudiera creerse que estaban afectados de una lesion orgánica. Yo he visto este estado abandonado á sí mismo durar muchos meses y no disiparse sino á beneficio de los evacuantes y de los amargos, que triunfan pronto de él. Sin razon pues, se ha negado la existencia de la forma crónica del embarazo gástrico. La he visto varias veces, y de ella han citado ejemplos en estos úttimos tiempos M. Gendrin en su *Médecine pratique*, y M. de Crozant en su tesis (1844).

El infarto gástrico, es una enfermedad muy espuesta á recidivas; hay sugetos que lo padecen con regularidad en ciertas estaciones, y otros siempre que hacen algun esceso en el régimen.

Complicaciones.—El infarto gástrico, especialmente en ciertas constituciones, complica una multitud de enfermedades agudas, cuyo carácter y fisonomía modifica. Se encuentra especialmente con las anginas, la bronquitis, la pulmonía, la erisipela, la fiebre tifoidea, la peritonitis puerperal, las heridas de cabeza etc. Sin pretender con los antiguos que el estado bilioso sea la causa de todos los acidentes que se observan, sin admitir como ellos que la bilis introducida en la sangre haya ido á inflamar tal ó cual órgano, es preciso dar mucha importancia á este infarto gástrico, y combatirle con los medios apropiados; porque la esperiencia ha demostrado, que haciéndole desaparecer, se modificaba satisfactoriamente la enfermedad principal. Esto me induce á creer, que el embarazo gástrico que coexiste con ciertas enfermedades agudas, tiene con ellas relacioces mas íntimas que las que se observan por lo comun entre los diversos estados morbosos que se complican unos con otros.

Diagnóstico.—Apenas se puede confundir el embarazo gástrico mas que con la gastritis aguda ligera ó con la gastritis crónica. Los dolores mas vivos en el epigastrio que existen en esta, la dificultad que hay en tolerar las bebidas mas suaves, los vómitos, en fin, que se producen sin alivio para los enfermos, permiten establecer el diagnóstico diferencial. El infarto gástrico complicado con calentura está acompañado frecuentemente de un abatimiento sumo, de vértigos, cefalalgia y una postracion tal de fuerzas, que los individuos parecen atacados de una fiebre tifoidea. Confieso que algunas veces hasta los mas hábiles se engañan, pero el vomitivo es en tales casos la verdadera piedra de toque, pues si no hay mas que un empacho gástrico, al dia siguiente la calentura ha cedido y los individuos están convalecientes, al paso que si es una afeccion tifoidea, pueden muy bien haberse corregido los accidentes; pero la enfermedad sigue su curso.

Pronóstico.—No tiene gravedad ninguna.

Etiología.—El empacho gástrico es raro en la infancia; pero en todas las demás edades se observa casi con igual frecuencia. Aunque se desarrolle en cualquier época del año, es mas comun durante el estío, al principio del otoño.

y á veces á fines del invierno, cuando una temperatura caliente y húmeda reemplaza de repente á otra fría. La vida sedentaria, la permanencia en los hospitales, el régimen esclusivamente animal, el uso de alimentos indigestos, los escesos en la comida, las afecciones morales tristes, el tratamiento mercurial, especialmente con los calomelanos, son las causas cuya accion está mejor establecida. Generalmente es esporádico; pero puede reinar tambien epidémica y endémicamente.

Tratamiento.—Muchos infartos gástricos ceden al uso de simples bebidas diluentes, acídulas, frías; pero el tratamiento verdaderamente eficaz consiste en la administracion de un vomitivo (emético 2 ó 3 granos, ó ipecacuana 20) ó de un emeto-catártico (emético 2 ó 3 granos, sulfato de sosa 6 dracmas) cuando el embarazo gástrico está complicado con infarto intestinal. En semejante caso se puede ordenar por separado, primero el vomitivo y otro dia un purgante suave. Creemos indiferente administrar el emético ó la ipecacuana; pero M. Martin-Solon, que ha estudiado esta cuestion con el talento y conciencia que le caracterizan, da la preferencia á la raiz del Brasil y la considera casi como específica. Los antiguos tenian la costumbre de preparar á los enfermos, administrándoles bebidas diluentes dos ó tres dias antes del emético. Pero no encuentro la ventaja de una práctica fundada solo en una indicacion puramente hipotética; al contrario, conviene administrar pronto el vomitivo, porque hemos visto que abandonado á sí mismo el infarto gástrico se transformaba algunas veces en fiebre continua. Es raro que haya que emplear segundo vomitivo. Despues de este tratamiento conviene, principalmente en la forma mucosa ó atónica, reemplazar las bebidas acídulas con tisanas amargas, tales como los cocimientos de achicorias amargas, agenjos, centaura menor, corteza de limon verde, etc. al paso que aumentar por grados la alimentacion. Cuando el infarto gástrico se complica con un estado pletórico, conviene por lo comun una sangria antes de recurrir al método evacuante. En la forma crónica exige los mismos medios, pero suele ser preciso repetirlos muchas veces. Cuando la constriccion es pertinaz, es útil reemplazar con lavativas de infusion de sen, los laxantes dados por la boca; las bebidas acídulas gaseosas, y los baños tibios si el cútis está seco, son los medios auxiliares para triunfar de la dolencia.

Naturaleza.—Como nunca sucumben los enfermos, se ignora completamente cuál es el estado anatómico del estómago y demás órganos digestivos en el infarto gástrico: asi es que los autores han emitido una multitud de hipótesis que no pueden justificarse. Unos solo han visto en la forma mucosa una perversion en la secrecion de la membrana gástrica ó de sus criptas mucíparas; otros han admitido la presencia en las vías alimenticias de un humor viciado, que estimulándolas mas de lo regular, daba lugar á todos los fenómenos morbosos. En la forma biliosa han admitido unos la alteracion primitiva de la bilis, que en razon de sus nuevas cualidades seria causa de los diversos accidentes, ya obrase por contacto en los órganos digestivos, ya por absorcion en toda la economía. Muchos hacen depender los trastornos de la secrecion de la bilis de una afeccion primitiva de los órganos digestivos ó de sus dependencias, que esplicaria, segun ellos, las reacciones que se observan sobre los demás sistemas de la economía. Pero en el estado actual de la ciencia no es posible resolver el problema, y mas vale confesar nuestra ignorancia, que entregarnos á ideas es-

peculativas que no siempre carecen de peligro. Lo que es cierto, y está perfectamente establecido es, que el empacho gástrico no es una inflamacion; ya hemos visto cuan diferentes son sus síntomas de los de la gastritis, y que tiene por específicos medicamentos irritantes cuya accion es muy rápida, casi instantánea, lo que impide admitir que obren solamente á manera de agentes substitutivos, como lo hace por ejemplo el nitrato de plata en las conjuntivas.

DEL EMBARAZO INTESTINÁL.

El tubo intestinal presenta muchas veces un estado morboso análogo al del estómago en el infarto gástrico. Reconoce las mismas causas que este, y coexiste muchas veces con él. Está caracterizado por un sentimiento de incomodidad y estorbo en el abdómen, por sensaciones dolorosas movibles y pasageras en diversos puntos del vientre, por borborigmos, por una astricion de vientre habitual, ó por un poco de diarrea fétida; las materias espelidas son biliosas; los enfermos tienen inapetencia, desazon y una sensacion de fatiga y quebrantamiento en los miembros.

Este estado, que tiene el mismo curso y duracion que el embarazo gástrico, sin degenerar tan fácilmente como este en fiebre continua, se combate con bebidas diluentes y un purgante suave, que en muchos casos hay que repetir hasta dos y tres veces.

DEL ESTREÑIMIENTO.

Debemos con Chomel definir la *constipacion, cerramiento, estreñimiento astricion, constricon* etc., el estado de un individuo cuyas evacuaciones alvinas son raras, y las materias espelidas duras y laboriosamente escretadas. Asi es, que la palabra *constipacion,* con que le designan algunas veces, envuelve la idea de retencion de las materias fecales, y no puede de consiguiente aplicarse á los casos en que la falta de deposiciones depende de que el intestino está vacío, como sucede despues de las diarreas abundantes, despues de una abstinencia prolongada ó á consecuencia de las estrecheces pilóricas.

El estreñimiento de vientre en muchos sugetos, es un estado fisiológico. Asi es que hay individuos que se hallan perfectamente sanos, aunque solo tengan evacuaciones cada cuatro, seis, ocho ó diez dias. Pero no vamos á ocuparno de estos casos particulares.

Accidentes producidos por la retencion de las materias fecales.—Cuando la constipacion data de pocos dias, se quejan los enfermos de algunos dolores lumbares; tienen la boca pastosa, borborigmos, el vientre tenso y un poco meteorizado, la cabeza pesada, y á veces somnolencia y aturdimiento. Palpando el vientre con cuidado, suelen percibirse á lo largo del cólon, con especialidad en las fosas ilíacas, unos tumores duros, abollados, macizos á la percusion, que á veces mudan de sitio por la presion que sobre ellos se ejerce, y en muchos casos desaparecen de un momento á otro, y se les encuentra mas aproximados al recto. Otras veces, hallándose las heces acumuladas en este último intestino, no se perciben por el tacto abdominal, pero se tocan introduciendo

el dedo en el intestino ó en la vagina. Cuando continúa el estreñimiento, se aumenta el meteorismo; las asas intestinales se hacen perceptibles por en medio de las paredes del vientre; falta el apetito; hay náuseas y luego vómitos, y bien pronto se presentan todos los síntomas graves que acompañan á la oclusion de los intestinos cualquiera que sea la causa que la determine. Si el obstáculo está cerca de los esfínteres, se quejan los enfermos de una sensacion de peso hácia este punto, tienen ganas continuas de obrar, es difícil la escrecion de la orina, y no pueden penetrar las lavativas, siendo rechazadas á medida que se las aplica. Introduciendo entonces el dedo en el recto, se determina la naturaleza del obstáculo, el cual consiste unas veces en un rodete hemorroidal ó en una brida fibrosa; y otras en una estrechez orgánica, ó en una simple acumulacion de materias fecales, que algunas veces han adquirido una dureza lapídea, y forman un tumor sólido, completamente inmóvil, como enclavado en la pélvis, y que puede comprimir los órganos inmediatos, especialmente los vasos hemorroidales, el útero, la vejiga, el plexo ciático, etc. Asi se esplica la produccion de tumores hemorroidales esternos, la anteversion del útero, la disuria y ciertos dolores neurálgicos en la direccion del nervio ciático, accidentes que algunas veces acompañan á la acumulacion de heces en el recto. Si el tumor estercoral llega hasta la fosa ilíaca, puede observarse ademas el adema del miembro correspondiente en razon de la compresion que ejerce sobre la vena ilíaca.

Los tumores estercoráceos que llenan de este modo el recto, y le dilatan estraordinariamente, están en ciertos casos atravesados por un conducto estrecho que permite salir diariamente cierta cantidad de materias intestinales líquidas ó semisólidas, segregadas por encima del obstáculo. Esta diarrea ha podido inducir á error, y hecho desconocer la retencion de las materias fecales, aunque esta constituyese propiamente la enfermedad. La diarrea que se observa en los sugetos afectados de estreñimiento no siempre tiene el mismo orígen; á veces depende, segun M. Roche, de que las materias endurecidas irritan por su contacto la mucosa intestinal y provocan una abundante secrecion de mucosidades, que diluyen y arrastran consigo las capas mas superficiales de las heces. M. Rostan, si mal no me acuerdo, es tambien de esta opinion. Otras veces se verifica la secrecion diarréica en la porcion de intestino situada por debajo del obstáculo, en cuyo caso no esperimenta este modificacion ni variacion alguna.

Los individuos afectados de constipacion hacen generalmente esfuerzos inauditos para espeler las materias fecales endurecidas que distienden el intestino grueso. Comunmente solo arrojan una corta cantidad de materias duras, negruzcas, secas, que á veces escorian y dislaceran al pasar la mucosa del ano. Otras veces, por el contrario, acometidos de repente estos sugetos de ganas irresistibles de obrar, arrojan al instante y sin esfuerzo una cantidad enorme de materias fecales, en cuyo caso se dice que hay despeño. Cuando el intestino se vacia asi tan de repente, lejos de esperimentar alivio los enfermos, suelen quedar postrados y rendidos, y aun á algunos les sobreviene un síncope. Por último, hay otros sugetos afectados de constipacion que arrojan de cuando en cuando, y sin esfuerzos, cierta cantidad de materias fecales, sin que disminuya la distension del recto. Estos individuos escretan el esceso de materia, y

presentan respecto del intestino un fenómeno análogo al que ofrece la vejiga cuando la orina que la distiende sale por rebosamiento.

El estreñimiento de vientre puede producir diversos accidentes. La simple acumulacion de materias fecales en el intestino grueso, provoca y sostiene cefalalgias pertinaces, congestiones cerebrales, diversos trastornos del estómago, y compresion de los orgános pelvianos. En las mujeres, ciertas leucorreas no reconocen mas causa que una constipacion habitual. Por otra parte, los esfuerzos de defecacion han producido la rotura de tumores aneurismáticos, han determinado hemorragias cerebrales, procedencias del recto, del útero y de la vagina; finalmente, la dureza de las materias y los esfuerzos para espelerlas, ocasionan fisuras y la estrangulacion de tumores hemorroidales. La acumulacion de heces en el intestino grueso es tambien causa activa de hérnias. Estas pueden ser resultado de los esfuerzos de los enfermos para defecar; pero tambien favorece su formacion una disposicion particular observada hace poco por el doctor Toulmouche, que consiste en una dislocacion, á veces considerable, del intestino grueso. Cuando las heces le han distendido en un punto, puede ser tal la dislocacion, que el intestino forme una especie de asa y se introduzca en la cavidad de la pelvis.

La constipacion se reproduce generalmente con mucha facilidad: á veces alterna con diarrea. Puede tener una terminacion funesta, y en tal caso viene la muerte acompañada de todos los síntomas de una estrangulacion interna ó de una peritonitis agudísima, cuando, habiéndose gangrenado ó dislacerado el intestino por efecto de la distension, se han derramado en el vientre las materias fecales.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la constipacion es generalmente fácil; pero hay, sin embargo, muchas causas de error: asi es que los enfermos pueden tener solo evacuaciones por rebosamiento, y otros tienen diarrea sin haber cesado la constipacion. En todos estos casos es preciso esplorar el vientre con cuidado é introducir el dedo en el recto, por cuyo medio no solo se comprobará la acumulacion de heces, sino que se reconocerá muchas veces la causa orgánica que se opone á la salida regular de los escrementos. Los tumores estercoráceos en el trayecto del cólon no se confundirán jamás, como ha sucedido con harta frecuencia con un abceso, con ganglios endurecidos ó con una degeneracion escirrosa, si se recuerda que los tumores fecales son indolentes ó poco dolorosos á la presion, que mudan de sitio ó desaparecen de un momento á otro por la contraccion sola de las asas intestinales ó por la administracion de un purgante.

Pronóstico.—No es grave el pronóstico si la constipacion es constitucional y no pasa de ciertos límites; es funesto si depende de una lesion orgánica, y si la acumulacion de heces es bastante considerable para producir los síntomas de una estrangulacion interna.

Etiología.—Los sugetos de temperamento linfático son los menos espuestos á la constipacion; esta es mas comun en los adultos, en los viejos, en las mujeres, en los que hacen una vida sedentaria. En estos individuos, la constipacion, siendo un estado habitual, se llama *constitucional*. Pero tambien sobreviene accidentalmente á consecuencia de alimentos suculentos, por el uso de medicamentos astringentes y narcóticos y por falta de ejercicio, sobre todo

cuando los individuos se ven obligados á permanecer mucho tiempo en cama ó en carruaje. Por último, hay un estreñimiento que puede llamarse *orgánico*, porque reconoce por causa un obstáculo mecánico al curso de las materias estercoráceas; asi es que los tumores que pueden comprimir el intestino, las degeneraciones de las paredes de este órgano que estrechan ú obliteran su cavidad, son otras tantas causas de constipacion. Se ha dicho que esta podia tambien depender de una especie de inercia de las membranas intestinales, que se dejan distender pasivamente por las heces sin rehacerse sobre ellas. Por último, tambien se ha pretendido que habia una constipacion producida por una disminucion en la cantidad de los líquidos exhalados por la membrana mucosa, lo cual daba mas consistencia á las materias fecales y las impedia deslizarse fácilmente. A esta causa atribuyen algunos el estreñimiento que es uno de los caracteres sintomáticos del cólico saturnino.

Tratamiento.—Cuando la constipacion no depende de un obstáculo mecánico, se vence fácilmente con el recurso de una ó muchas lavativas simples ó laxantes, ó bien administrando por la boca un purgante mas ó menos enérgico. Si es habitual el estreñimiento, es preciso procurar hacerle menos pertinaz y penoso aconsejando al enfermo un régimen conveniente, un ejercicio moderado, y el uso de alimentos herbáceos y de frutas acídulas; si el régimen es insuficiente, se administrarán de cuando en cuando las lavativas ó algunas píldoras purgantes, especialmente las de acibar.

Cuando el recto está distendido por un tapon de materias fecales endurecidas, y cuando los esfuerzos de contraccion no pueden espelerle, y las lavativas son insuficientes para arrastrarle, desalojarle, ablandarle, es preciso estraerle con una cucharilla ó con el rabo de una cuchara, ó mejor con el dedo índice. Luego que se ha estraido cierta cantidad, basta muchas veces una lavativa fría ó un chorro ascendente para espeler todas las materias. Si la constipacion depende de una lesion orgánica, se procurará destruir esta, y si no es posible se emplearán medios paliativos apropiados. Como estas lesiones estrechan el intestino, habrá que dilatar el órgano por medio de mechas ó sondas. Cuando la constipacion va acompañada de accidentes de estrangulacion, cuando el tumor fecal, demasiado alto, no está al alcance del dedo, no hay otro recurso que sobreescitar la contractilidad intestinal por medio de purgantes violentos (acíbar, jalapa, escamonea, aceite de crotontiglio, caloquintida), de chorros ascendentes frios dirigidos al recto y al abdómen, y de la aplicacion del frio al vientre, al periné y á las plantas de los piés.

DE LA INVAGINACION INTESTINAL Ó VÓLVULO.

Se entiende por *vólvulo ó invaginacion intestinal* una enfermedad caracterizada anatómicamente por la penetracion ó la introduccion, con inversion de una parte mas ó menos considerable del intestino, en otra porcion del mismo órgano situada comunmente debajo de la primera. Un dedo de guante metido en parte dentro de sí mismo imita con bastante exactitud la disposicion que presenta un intestino invaginado.

Frecuencia y caracteres anatómicos.—Son muy comunes las invaginacio-

nes poco estensas, es decir, que tienen de una á tres pulgadas de longitud, y suelen encontrarse una ó muchas en cadáveres de sugetos que han sucumbido á enfermedades muy distintas. Entonces casi siempre ocupan la parte media ó la inferior del intestino delgado; y como no se ha observado durante la vida ningun síntoma que se pueda referir á ellas, es de presumir que han debido formarse durante la agonía ó en los últimos momentos de la vida.

No sucede lo mismo con las invaginaciones mas estensas. Estas son bastante raras, si bien son las mas comunes de las lesiones varias que determinan el íleo (1). Las invaginaciones de que habiamos rara vez se forman á espensas esclusivamente de los intestinos gruesos ó delgados; casi siempre entran unos y otros en su formacion; casi siempre, es decir, de cada doce diez, están constituidas á la vez por ambos. Sin embargo, segun M. Rilliet (2), la invaginacion que se observa en la primera infancia afecta casi siempre los intestinos gruesos, lo que él atribuye á que en la infancia los intestinos gruesos son mucho mas movibles y gozan de menor desarrollo en su túnica musculosa que en una edad mas avanzada. Las invaginaciones se verifican casi siempre de arriba abajo: asi es que en los casos mas comunes se ve que la terminacion del intestino delgado, se introduce en el ciego, y este se invagina á su vez en el cólon ascendente, y despues en el transverso y descendente. Se ha visto tambien (como lo prueba un caso referido por Hérin, del cual se dió cuenta á la Academia de Ciruija) llegar la invaginacion del ciego hasta el grado de salir por el ano. En algunos casos raros se verifica la invaginacion de abajo arriba, es decir, que la parte inferior del intestino se introduce en la superior: en un caso se han encontrado el cólon transverso y ascendente invaginados en el ciego, y en otro este último en el intestino delgado.

La invaginacion intestinal presenta tres cilindros cuya disposicion ha descrito perfectamente el catedrático Cruveilhier (3). Hay en ella un cilindro central que pertenece á la parte mas alta del canal intestinal; un cilindro periférico que pertenece á la parte mas inferior del intestino, y por último, un cilindro medio que está formado por la parte intermedia.

La disposicion de las superficies merece estudiarse. Segun M. Cruveilhier, presentan las siguientes relaciones: 1.° En el centro hay dos superficies mucosas que pertenecen al cilindro interno; 2.° en medio se encuentran dos superficies serosas, de las cuales la una pertenece al cilindro interno, y la otra al cilindro medio; 3.° existen mas superficialmente dos superficies mucosas, de las cuales la una pertenece al cilindro medio y la otra al cilindro periférico; 4.° hay, en fin, la superficie serosa del cilindro periférico. Las paredes intestinales se han engrosado casi siempre.

La porcion de intestino invaginada está generalmente rojiza ó violada; es cilindroidea, y se parece por su forma y color á una morcilla; y cuando es blan-

(1) El doctor Benj. Philips hizo una estadística de la cual resulta un caso de íleo por cada ciento autópsias. Buscando las diferentes causas orgánicas que lo producen, halló que la invaginacion figura 63 veces por cada 169 casos; los tumores esteriores del intestino, 16; las enfermedades de las paredes intestinales, 19; los tumores intra-intestinales (concreciones, escrementos endurecidos), 11; las constricciones por bridas, adherencias, paso del intestino por una abertura anormal; 60. *(London medico-chirurg. transactions*, t. III, año de 1848, y *Archives*, 4.ª serie, t. XIX, p. 475.

(2) *Gazette des hôpitaux*, année 1852.

(3) *Anatomie pathologique générale*, t. I.

da tiene la misma consistencia que el intestino medio lleno de materias semisólidas. Cortándola longitudinalmente, se notan muy bien las disposiciones que acabo de indicar, pero en el mayor número de casos no es posible deshacer la invaginacion, á causa de las adherencias á veces íntimas que se han establecido entre las dos superficies serosas que han debido ponerse en contacto por efecto de la inversion del intestino. Muchas veces se ha encontrado la parte invaginada negruzca, frágil, reblandecida, gangrenada y aun completamente separada; pero al nivel del punto en que se ha verificado la separacion, se encuentra el intestino engrosado, endurecido, y su cavidad mas ó menos estrechada.

Por último, en los sugetos que sucumben á consecuencia de una invaginacion, se halla, como en todas las demás formas del íleo, la porcion de intestino situada por debajo vacía y contraida, y la que está por encima dilatada; muchas veces existen una ó varias perforaciones y al propio tiempo la peritonitis general con derrame estercoráceo ó sin él.

Síntomas.—Ya hemos dicho que las pequeñas invaginaciones del intestino delgado no producian ningun trastorno; pero no sucede lo mismo en las que son muy grandes, y mas si se forman á espensas de los intestinos gruesos, en parte ó en totalidad. En estos casos se nota, que en las dos terceras partes de individuos empieza la enfermedad de repente, y presenta todos los síntomas de las oclusiones intestinales. En el tercio restante se verifica lentamente la invaginacion, y los enfermos sienten por espacio de muchas semanas, y aun meses, diversos desarreglos en las funciones digestivas, como cólicos, alternativas de diarrea y constipacion, meteorismo y vómitos. En medio de estos accidentes sobrevienen los síntomas de oclusion á veces de repente, á veces progresivamente. Sin embargo, esta no siempre es tan completa como en las demás especies de íleo. Algunos enfermos continúan arrojando gases y materias por el ano, aun poco antes de la muerte; pero el meteorismo, la estremada distension del vientre y los vómitos de bilis y de materias fecales, indican que existe un obstáculo considerable. Si la invaginacion es estensa y ocupa el intestino grueso, esplorando con cuidado el vientre se podrá percibir un tumor renitente y macizo en el trayecto del cólon. Por último, en los casos raros en que se estiende hasta el recto, se opone á la introduccion de lavativas, é introduciendo el dedo en dicho intestino se la distingue perfectamente. La porcion invaginada se gangrena algunas veces, y si la vida se prolonga lo suficiente, se desprende la escara y es eliminada por el ano. La ciencia posee unos cuarenta ejemplos de esta terminacion de la enfermedad, de los cuales la mayor parte han sido reunidos y analizados por el doctor W. Thomson en el *Journal d' Edimbourg* (octubre 1835). Pero dos años antes de las investigaciones del médico inglés, un hábil observador, M. Gaultier de Claubry, habia ya estudiado este punto curioso de la historia del vólvulo en un trabajo inserto en el *Journal hebdomadaire*. La eliminacion de que hablamos rara vez se verifica antes del primer septenario: en el mayor número de casos tiene lugar entre la segunda y la cuarta semana. Va precedida por espacio de algunos dias de deposiciones negruzcas, fétidas, de un olor cadavérico y muchas veces sanguinolentas: segun M. Gaultier de Claubry, casi siempre se arroja sangre en abundancia en cuanto se elimina la porcion de intestino gangrenada. Se han visto enfermos que han arro-

jado en una ó varias veces desde 6 á 8 pulgadas de intestino hasta 50. En las dos terceras partes de casos se ha verificado esta pérdida de sustancia á espensas de los intestinos delgados, y sin embargo, algunos enfermos se han restablecido muy pronto; pero la mayor parte sucumben de resultas de una peritonitis, ó aniquilados por la diarrea y los dolores. Los que sobreviven á esta mutilacion del intestino, pueden quedar mas ó menos achacosos; muchos tienen tiranteces en el vientre y una mayor ó menor dificultad de enderezar el tronco, probablemente por efecto de alguna adherencia entre el intestino y la pared abdominal. Sin embargo, estos accidentes se calman poco á poco y los pacientes vuelven á su estado ordinario de salud. Pero se comprende fácilmente que si la cicatriz se ha verificado de una manera viciosa, puede resultar una estrechez del intestino que espondrá al enfermo á todos los accidentes propios de esta lesion que en su lugar correspondiente enumeramos. La mayor parte de estos enfermos mueren desgraciadamente antes que se haya eliminado y aun gangrenado la porcion invaginada. La muerte sobreviene, como en las estrangulaciones internas, por aniquilamiento ó por peritonitis, ora suceda esta á la rotura del intestino, ora se desarrolle por contigüidad de tejido.

La mortificacion de la parte invaginada y su eliminacion son las únicas esperanzas que hay de curacion; porque por poco estensa que sea la invaginacion, principalmente si existe en los intestinos gruesos, nos parece imposible que pueda desaparecer espontáneamente; los movimientos peristálticos deben tender por el contrario á aumentarla sin cesar.

Variedades.—Acabo de describir la invaginacion como una afeccion esencialmente aguda que termina por la muerte en un tiempo muy corto. Sucede, sin embargo, algunas veces que la invaginacion sigue un curso crónico, y de esto cita un ejemplo M. Cruveilhier en el primer tomo de su *Anatomie pathologique générale.* En tales casos, los accidentes de estrangulacion son tan poco intensos, que el médico cree que está combatiendo una enteritis, y la verdadera enfermedad pasa casi siempre desapercibida.

Segun las investigaciones de M. Rilliet, la invaginacion ofrece una sintomatologia y un curso algo diferente en la primera infancia de la segunda. En esta afeccion no se diferencia sensiblemente de la que se observa en el adulto; pero no asi en el primer caso, en el cual sea lenta ó repentina la invasion, hay vómitos incesantes, que son muy rara vez estercoráceos; las cámaras se presentan mucosas y estriadas de sangre, ó bien hay una verdadera enteroragia; el vientre conserva su forma propia, y en un período avanzado se puede percibir un tumor oblongo en uno de los lados ó en el hipogastrio; la sed no es intensa, el pulso es frecuente, sin calor en el cutis; la ansiedad, la angustia y los gritos son incesantes y al mismo tiempo el coma y la eclampsia son mas raros. En los casos desgraciados, la afeccion dura de tres á cinco dias.

Diagnóstico.—Es comunmente fácil diagnosticar un íleo, pero no lo es determinar la causa anatómica que pone obstáculo al curso de las materias fecales, como hemos dicho en ocasion oportuna. En el estado actual de la ciencia creemos que solo se puede *sospechar* una invaginacion; pero en el mayor número de casos es imposible formar un diagnóstico algo exacto. Dance, á quien se debe sobre la enfermedad de que hablamos, un buen trabajo inserto en 1826 en el primer volúmen del *Répertoire d'anatomie et de physiologie* de Breschet,

habia indicado como un signo patognomónico de las invaginaciones del intestino grueso, una depresion en el lado derecho del abdómen producida por la dislocacion del ciego y del cólon que, dirigiéndose hácia el lado izquierdo, producian en este punto un tumor longitudinal mas ó menos voluminoso. Pero creemos que la depresion en la fosa ilíaca derecha y en el vacío correspondiente debe ser una circunstancia rara. Nosotros la hemos buscado en vano en dos casos, y su falta no es de estrañar, porque el intestino delgado distendido debe llenar el vacío que dejan el ciego y el cólon ascendente al dislocarse. La distension gaseosa ordinariamente considerable del vientre, impide tambien distinguir el tumor que forman el cólon transverso y el descendente; pero si se descubriese este, unido á los trastornos funcionales que se observan, deberia dar mucha probabilidad al diagnóstico.

Segun M. Rilliet, la invaginacion podria en la primera infancia confundirse con un reblandecimiento del estómago, con una disentería ó con una hemorragia intestinal. Pero en el reblandecimiento estomacal los vómitos son incesantes; las cámaras copiosas, serosas ó biliosas; la sed constante, y hay una demacracion pronta, y los niños enfermos exhalan de la boca un olor sumamente ácido. La invaginacion remeda la disentería cuando hay cámaras mucosas y sanguíneas; pero en la disentería no hay los vómitos que se presentan en la invaginacion intestinal, y por otra parte, su invasion es menos repentina y su curso menos rápido. Como muchas invaginaciones del intestino grueso producen una hemorragia algunas veces considerable, podria ser considerada como la afeccion única y desconocer la causa primera que la produce. Pero la enteroragia no ocasiona vómitos rebeldes, es por lo comun abundante, y termina muy pronto ó por la curacion ó por la muerte. Tal vez la peritonitis es entre todas las enfermedades la que mejor imita una invaginacion. En ambas afecciones hay efectivamente calentura, una sensibilidad del vientre exagerada, vómitos y constipacion, pero en la invaginacion los vómitos son mas rebeldes, y á menudo estercoráceos, y la constipacion mas pertinaz.

Pronóstico.—El pronóstico, cualquera que sea la edad de los enfermos, es sumamente grave, pues ya hemos visto que son muy pocas las probabilidades de curacion.

Etiología.—Generalmente sobreviene la enfermedad sin causa apreciable; sin embargo, muchos sugetos se han visto acometidos de invaginaciones, á consecuencia del uso intempestivo de un purgante drástico que obra escitando fuertemente las contracciones intestinales. En dos casos, sin contar otro de que nosotros hemos sido testigos, se ha visto que un pólipo pediculado de la mucosa, empujado por las contracciones peristálticas, arrastró consigo la porcion del intestino á que estaba adherido, y se invaginó con ella.

Tratamiento.—El arte es casi impotente contra las invaginaciones. Los purgantes, que son de un uso tan vulgar en todos los casos de oclusion de los intestinos, son tal vez en los de invaginacion mas perjudiciales que útiles; porque verificándose casi siempre la invaginacion de arriba abajo, deben aumentarla escitando las contracciones peristálticas. Se concibe tambien que las balas de plomo y el mercurio tan recomendados por los antiguos, los cuales los daban por las vías superiores, lejos de desprender la porcion invaginada, deben introducirla mas todavía. Los únicos medios racionales en los casos de invaginacion

son los antiflogísticos; como la sangría general y las aplicaciones de sanguijuelas al punto del vientre que sienta mas dolor, los baños tibios muy prolongados, las cataplasmas emolientes, las unturas con el estracto de belladona, y mas adelante, si estos medios son impotentes, se harán aplicaciones frías al vientre por medio de vejigas llenas de hielo, se pasearán por el abdómen anchas ventosas, y tambien se administrarán bebidas y lavativas frías y aun heladas. Tambien se podria dirigir una corriente galvánica á los intestinos por en medio de las paredes abdominales, pues se concibe que la parte invaginada pueda desprenderse á consecuencia de las contracciones enérgicas que la electricidad determina. Por último, cuando ya todo ha sido infructuoso y la muerte del enfermo es inevitable, creemos que no debe proscribirse la gastrotomía, como se hace comunmente. Es, en efecto, un recurso estremo, del cual, por débil que sea, no debe privarse al paciente.

DE LA DIABETES.

SINONIMIA.—Diabetes, tisuria azucarada, glucosuria; *urinæ profluvium, lienteria urinalis, diabetes mellitus, anglicus*, et.—Diabetes viene de διαβαίνω, *yo atravieso.*

Los autores han confundido por espacio de mucho tiempo bajo el nombre de diabetes afecciones muy distintas; pero en la actualidad se reserva este nombre á una enfermedad caracterizada por la presencia en la orina, de una cantidad mas ó menos considerable de azúcar de fécula, acompañada de sed viva, aumento de apetito y demacracion.

Con arreglo á esta definicion, adoptada generalmente en el dia, es inútil dar á conocer todas las divisiones que se han admitido en la diabetes, y que en su mayor parte se fundaban solo en ideas hipotéticas. Sin embargo, hasta estos últimos tiempos todos han estado conformes en admitir dos especies de diabetes, una tal como la hemos definido (*diabetes sacarina*), y la otra caracterizada solamente por un flujo de orina, pero sin presencia de azúcar (*diabetes no sacarina*): esta es una enfermedad complexa, que comprende probablemente muchos estados morbosos, y principalmente la *poliuria*, que ya hemos descrito en otro lugar.

Historia.—No parece que ningun autor antiguo anterior á Celso haya conocido la diabetes. Las indicaciones y descripciones que se hallan en las obras de Celso, Areteo y Galeno hasta Willis, son poco precisas, pues el diagnóstico de la enfermedad apenas descansa mas que en la abundancia de la secrecion urinaria. Sin embargo, habiendo dicho Willis en 1764, que la orina en la diabetes era azucarada, provocó las investigaciones de los químicos. Pero hasta 1775 Pool y Dobson, y sobre todo tres años despues Cowley, no demostraron en la orina la presencia del azúcar. Desde dicha época, las investigaciones acerca de la diabetes han sido muy numerosas. Citaremos en particular, por lo que atañe á la Inglaterra, el notable trabajo de Rollo y de Prout; por lo que atañe á Francia, las investigaciones de Nicolás y Guedeville, de Caen; las de Dupuytren y Thenard, un buen artículo de M. Belly una escelente tesis de M. Contour (1844); pero debemos sobre todo hacer mencion de la manera mas honorífica de los preciosos trabajos del profesor Bouchardat, insertos en dos de sus *Annuaires* (1841 y 1846), y en el tomo XVI de las *Mémoires de l'Acade-*

mie de médecine, trabajos que tendremos ocasion de citar con frecuencia en el decurso de este artículo.

Anatomía patológica.—No existe ningun carácter anatómico propio de la diabetes. Los riñones están casi siempre exentos de toda alteracion; en algunos casos se ven en ellos producciones accidentales (cálculos, hidátides, etc.) Tambien se han encontrado atrofiados; pero la lesion mas comun es una hipertrofia que generalmente se estiende á los dos riñones á la vez. Estas lesiones no son probablemente mas que complicaciones, y de ninguna manera la razon anatómica de la afeccion. La hipertrofia se esplica por el aumento de accion del órgano. En todos ó en la mayor parte de los enfermos que sucumben á los progresos de la afeccion se encuentran ademas algunas lesiones graves de los pulmones, como neumonía ó tubérculos en diversos grados de desarrollo. Las alteraciones que tambien se encuentran en las demás vísceras, y especialmente en los órganos digestivos, no difieren de las que se desarrollan en el curso de otras afecciones crónicas.

Síntomas.—La diabetes empieza casi siempre de una manera oscura. Los enfermos, despues de un malestar mas ó menos prolongado, acompañado de enflaquecimiento, pérdida de fuerzas ó diversos trastornos de los órganos digestivos, especialmente una sequedad muy incómoda en la boca y garganta, una saliva espesa y un aumento de sed, perciben una alteracion notable en la secrecion urinaria. En efecto, la actividad de esta se aumenta progresivamente, en términos que algunos enfermos han arrojado hasta 40 azumbres al dia (Baumes) y tal vez 50 (Fonseca); el término medio es de 10 á 20 cuartillos. Sin embargo, esta supersecrecion no es un fenómeno constante, porque no es raro encontrar diabéticos en quienes la orina no es mas abundante que en el estado normal. Si entonces contiene mucho azúcar, presenta el aspecto de un jarabe un poco claro, como en un caso citado por Watt. La cantidad de orina escretada es casi siempre proporcionada á la de bebidas ingeridas: sin embargo, se citan algunos casos en que la proporcion de orina espelida en un tiempo dado, era á la cantidad de bebidas ingeridas en el mismo espacio como 5 á 1; pero estos hechos son escepcionales. Sea cual fuere por otra parte la cantidad de orina escretada, tiene este líquido propiedades físicas y químicas muy notables. Su color es mas bajo que el de la orina normal; el olor casi nulo ó bien insulso como el del suero; cuando se conserva en un vaso apenas exhala olor amoniacal al cabo de muchas horas; el sabor es azucarado; casi siempre es ácida; su peso específico considerable; varía entre 1,020 y 1,074 á la temperatura de 12 grados centígrados (Bouchardat). MM. Martin-Solon y Contour han encontrado despues de muchísimas pruebas, que el minimum era 1,027 y el maximum 1,049. Esperimenta la fermentacion alcohólica á causa del azúcar que contiene, y por la misma razon colocándola en el aparato de M. Biot, tiene la propiedad de inclinar á la derecha la luz polarizada, como lo haria una disolucion de azúcar de fécula.

El azúcar que se estrae de la orina de los diabéticos es idéntico al de la fécula, y se halla en mayor ó menor cantidad. M. Bouchardat ha analizado orinas que contenian hasta una séptima parte de su peso de azúcar, al paso que otras solo contenian una trigésima parte. Su cantidad está en relacion, segun dice este químico, con la proporcion de fécula contenida en los alimentos. Los autores

posteriores á M. Thenard habian hablado de un *azúcar insípido* en ciertas orinas de diabéticos; pero M. Bouchardat ha demostrado que este pretendido azúcar no es mas que una mezcla de azúcar de fécula ordinaria, de lactato de urea, de sosa, de cloruro de sodio y de una materia estractiva. Cuando se encuentra, indica que la enfermedad está todavía en su principio ó ha llegado ya á la declinacion.

Las investigaciones exactas hechas en Inglaterra por Mac Gregor y Kane, y en Francia por M. Bouchardat, etc., han demostrado cuán errónea era la opinion tanto tiempo predominante, de que las orinas de los diabéticos no contenian ácido úrico ni urea; pues análisis mas exactas han dado á conocer, que existia en ellas dicho ácido, y á veces en suficiente cantidad para formar concreciones, de lo que refieren ejemplos MM. Bell, Rayer y Bouchardat. Este último ha encontrado ademas que la proporcion de urea en los diabéticos estaba en relacion, como en los sugetos sanos, con la cantidad de alimentos azoados ingeridos en las veinte y cuatro horas. Por último, en la orina diabética se ha encontrado en *casos escepcionales* ácido hipúrico y albúmina. Este último principio solo se halla, segun MM. Ténard y Dupuytren, cuando retrograda la enfermedad, al paso que Prout solo le ha estraido en la forma mas grave. M. Bouchardat no ha reconocido tampoco en esta coincidencia mas que una complicacion.

Los diabéticos, si bien ofrecen entre sí muchas diferencias, arrojan generalmente la orina sin dolor y mas ó menos á menudo; en muchos se presenta de repente la gana de orinar y es desde luego sumamente imperiosa. Para terminar lo que tiene relacion con el trastorno de los órganos genito-urinarios, diremos que los diabéticos no tienen deseos venéreos, y aun se ha supuesto que no se verificaba en ellos la secrecion del sémen; pero esto solo sucede en el último período de la enfermedad. Tambien son muy notables los síntomas que presentan los órganos digestivos. Casi todos los diabéticos tienen un apetito irregular, voraz, que á veces degenera en bulimia; apetecen el azúcar, el pan y los demás alimentos feculentos. Este es al menos un hecho en que ha insistido mucho M. Bouchardat. La sed es todavía mas enérgica que el hambre, y uno de los primeros síntomas que llaman la atencion del médico y del enfermo. Segun M. Bouchardat, está en razon directa de la cantidad de pan ó de sustancia azucarada y feculenta que comen los enfermos. El mismo sabio autor ha calculado que los diabéticos beben siete cuartillos de agua por una cantidad de pan que representa una libra de fécula. Por otra parte, por mucha que sea su voracidad, casi todos digieren con facilidad la enorme cantidad de alimentos que devoran: algunos, sin embargo, especialmente en un período avanzado de su afeccion tienen eructos ácidos, las digestiones lentas y penosas, constipacion ó diarrea y aun vómitos. En estos casos escepcionales es cuando la lengua se cubre de capas, las encías se ponen blandas y sanguinolentas, y el aliento exhala un olor ácido penetrante. En medio de estos síntomas no hay aumento de frecuencia del pulso; el cutis está seco, pero sin calor; la respiracion libre, pero las fuerzas y la gordura disminuyen; los enfermos enflaquecen y se ponen tristes y abatidos. La vista al fin y al cabo se debilita, y algunos glucosúricos pasan á ser amauróticos.

La análisis química ha descubierto muchas alteraciones de los líquidos es-

crementicios y de la sangre. En efecto, no es la orina el único fluido de la economía que contiene azúcar. Mac Gregor, por ejemplo, ha encontrado este mismo producto en la materia del vómito y de las deposiciones y en el sudor. Yo lo he buscado en vano, si bien es verdad que una sola vez, en este líquido escrementicio, cuya secrecion se habia activado por medio de un baño de vapor. La saliva no solo es ácida (Bouchardat y Dumas), sino que es incontestable que contiene tambien azúcar. Yo tambien lo he reconocido una vez, y está ademas probado por los numerosos esperimentos de Mac Gregor, é igualmente por MM. Martin-Solon y Contour. Por último, se ha comprobado que la sangre tenia mas suero y menos fibrina, y segun Rollo, Ambrosiani, Maitland, Mac Gregor, Rees y Bouchardat, contiene tambien cierta cantidad de azúcar; pero este hecho ha sido negado por químicos de mucha nota, especialmente por Vauquelin y Darcet, por Wollaston y Marcet, por M. Guibourt, etc. Semejante oposicion en los resultados obtenidos, es debida, segun M. Bouchardat, á las diversas condiciones en que se han colocado los observadores. En efecto, dice, cuando se analiza la sangre estraida de la vena dos ó tres horas despues de comer, se encuentra siempre azúcar, al paso que se va haciendo cada vez menos apreciable esta sustancia cuanto mas nos alejamos de dicha época; por último, si el enfermo no ha tomado alimentos en doce ó quince horas, la orina solo contiene ligeros vestigios de azúcar, y ni vestigio de él se encuentra en la sangre. Es preciso tener ademas entendido que si no se analiza la sangre poco despues de estraida, si se dejan pasar, por ejemplo veinte y cuatro horas, puede desaparecer del todo el azúcar contenido en dicho líquido por su conversion en ácido láctico (Bouchardat). Cuando sucede esto es menos alcalino; pero no es exacto, como dice Mialhe, que este estado constituya el normal de la sangre en los diabéticos, pues los esperimentos comparativos de M. Bouchardat han probado, que analizando la sangre poco despues de estraida de la vena, se encuentra una reaccion alcalina tan pronunciada como en las personas sanas. Digamos para concluir que la sangre de los diabéticos es tambien notable por la menor proporcion del elemento globular; como lo prueban los esperimentos de MM. Henry (hijo), Soubeiran y Lecanu. La presencia del azúcar en el suero de la sangre, esplica por qué la análisis química puede como lo he esperimentado yo mismo, revelar la existencia del azúcar diabético en el líquido seroso derramado bajo la epidermis despues de la aplicacion de un vejigatorio.

Curso y duracion.—Generalmente el curso de la diabetes es progresivamente lento; los síntomas subsisten á veces estacionarios; algunos pueden disminuir de intensidad, pero rara vez retrocede la enfermedad. Su duracion es indeterminada, y por lo regular dura uno ó muchos años. Son muy raros los casos en que la diabetes ha sido mortal al cabo de uno ó dos meses, y es preciso poner en duda lo que dicen algunos autores acerca de haber durado la enfermedad muchos años; estos casos pertenecen mas bien á la poliuria que á la diabetes. Sin embargo, M. Contour cita, refiriéndose á M. Bassereau, el caso de un médico que padecia una diabetes azucarada hacia treinta años sin que le impidiese visitar; pero esta feliz escepcion no destruye la regla general que hemos sentado.

Complicaciones y terminaciones.—Es raro que los diabéticos sucumban por

los progresos de la enfermedad; casi todos mueren á consecuencia de una afeccion intercurrente, como la neumonía. Algunos hay que, en un período avanzado, mueren de repente ó en pocas horas, ya con los síntomas de una indigestion, ya con los accidentes de una apoplegía serosa. En el mayor número de los glucosúricos tarde ó temprano se desarrollan tubérculos pulmonales, y lo mas notable es que á medida que se presentan estos productos accidentales, disminuye la cantidad de azúcar de la orina, y á veces no se encuentran vestigios en ella, lo cual pudiera hacer creer una mejoría ó curacion que realmente no existe. El azúcar disminuye ó desaparece de la orina, no solo en las enfermedades largas y orgánicas, sino que tambien en las agudas, en una simple accesion de calentura, y tambien despues de la aplicacion de vejigatorios numerosos y anchos.

Algunos dudan que se haya curado radicalmente la diabetes. M. Rayer sostiene esta duda, y nosotros la sosteniamos tambien antes; pero no es exacta. Si bien es verdad que la mayor parte de las curaciones que se pretenden haber obtenido no han sido nunca mas que momentáneas, tambien lo es que en algunos casos por desgracia muy raros, han sido definitivas. Un médico conozco cuya curacion obtenida con el uso continuo del sulfato de quinina, cuenta ya quince años de fecha. J. Frank, en vista de la frecuencia de las recaidas, dice que no puede haber seguridad de curacion hasta que pasa mas de un año sin haber recidivas.

Diagnóstico.—El diagnóstico está reducido á comprobar la existencia de azúcar en la orina. Sin embargo, no debe olvidarse que hay diabéticos en quienes es poco abundante ó ni siquiera está aumentada la cantidad de orina: en tal caso, apenas tienen sed los enfermos, y solo se nota que se enflaquecen y desmejoran sin fiebre héctica. El conocimiento de este hecho debe inducirnos á examinar con atencion la secrecion urinaria en los sugetos cuya demacracion no puede esplicarse por ninguna de las causas que comunmente la producen. Aunque el aumento considerable de densidad de una orina descolorida y la propiedad de desviar al lado derecho la luz polarizada, sean caracteres casi patognomónicos de la presencia del azúcar, creemos que, para mayor seguridad del diagnóstico, debe procederse siempre á su estraccion. Esto se consigue evaporando primero el líquido á 30°, y esponiéndole despues á la evaporacion espontánea en un paraje seco, por cuyo medio se depositan cristales mas ó menos rápidamente, segun la mayor ó menor cantidad de azúcar. Todavía es mas sencillo hacer hervir la orina con partes iguales de potasa, de sosa ó de cal. La mezcla se pone morena y adquiere un color tanto mas oscuro, cuanto mayor es la cantidad de azúcar de fécula. Asi puede descubrirse, segun M. Bouchardat, la presencia de 2 granos de azucar en media azumbre de orina. El color moreno ó negro se esplica por la destruccion del azúcar que se encuentra convertido en caramelo. Por último, puede adoptarse el reactivo de Frommherz, cuya sensibilidad es esquisita (1). Para ensayar la orina se echan en este líquido algunas gotas del reactivo, en suficiente cantidad para que presente una débil reaccion

1) El reactivo se prepara del modo siguiente: se disuelven en agua partes iguales de sulfato de cobre y de tartrato de potasa; se mezclan las dos disoluciones, y se añade potasa cáustica en suficiente cantidad para disolver en gran parte el precipitado. Asi se obtiene un líquido de un hermoso color azul.

alcalina, y despues se hace hervir. Si la orina no contiene azúcar de fécula, el líquido continúa azul; pero si lo contiene, se descompone la sal de cobre, adquiere el líquido un color amarillo rojizo y se forma luego un precipitado de protóxido de cobre rojo.

La poliuria seria la única enfermedad con que podria confundirse la diabetes, porque en ambas hay sed intensa y aumento de la secrecion urinaria. Pero en la primera es comunmente mas intensa la sed, apenas está aumentado el apetito, la orina es acuosa, no contiene azúcar, y no se observa demacracion como en los casos de diabetes.

Pronóstico.—De lo dicho resulta que la diabetes es una de las afecciones mas graves que puede padecer el hombre, No es, como se ha dicho, incurable, pero hasta ahora son muy pocos los ejemplos seguros de curacion. Los hechos citados por M. Bouchardat son mas bien casos de mejoría que curaciones radicales.

Etiología.—Casi nos son enteramente desconocidas las causas de la diabetes. Rara en la infancia y casi desconocida en la vejez, se encuentra la diabetes especialmente en el período de treinta á cuarenta años, y tal vez con mas frecuencia aun entre cuarenta y cincuenta, y parece mas frecuente en los hombres que en las mujeres. Aun no está bien demostrada la influencia de los climas; sin embargo, todo induce á creer que es mas comun la enfermedad en Inglaterra y Holanda, lo cual depende tal vez menos del clima y de la humedad que del régimen y modo de vivir de los habitantes, pues, segun dice M. Contour, es mas rara la diabetes en los paises frios, como la Rusia, y bastante comun en ciertos paises calientes, como Bengala, Ceylan, Santo Domingo y Egipto. Aun no está demostrado que sea hereditaria. Entre las principales causas predisponentes y ocasionales de diabetes indicadas por los autores, citaremos la impresion del frio y de la humedad, las pasiones tristes, los escesos venéreos y alcohólicos, y sobre todo la mala alimentacion compuesta especialmente de sustancias feculentas y amiláceas, de bebidas fermentadas, etc.; pero aun no está demostrada de una manera rigorosa la accion de las causas que acabo de enumerar.

Tratamiento.—Pocas enfermedades hay que se hayan combatido con tantos medicamentos como la diabetes: entre los esternos citaré los baños de vapor, las fricciones de todas clases, los revulsivos, los vejigatorios los exutorios profundos, y las sangrías generales y locales. Interiormente se han dado los ácidos minerales, el agua de cal, los astringentes, los ferruginosos, los tónicos, los estimulantes, los diaforéticos, los evacuantes, los diuréticos, las preparaciones de creosota de cobre y de mercurio, y por último el opio. En este largo catálogo de agentes terapéuticos, el último es casi el único que ha producido algun resultado, pues algunas veces ha disminuido el apetito, la sed y la cantidad de orina, y ha restablecido la transpiracion cutánea. Sin embargo, el opio no es mas que un paliativo, pues no hay ningun caso bien auténtico en que haya producido la curacion. En estos últimos tiempos se han recomendado tambien las bebidas alcalinas especialmente los bicarbonatos alcalinos. MM. Mialhe y Contour publicaron años atrás la observacion de una diabetes mejorada, ya que no curada, por este medio. Sin embargo, yo no he conseguido con este método ninguna ventaja, y lo mismo puedo decir de M. Bouchardat, en los casos graves de

glucosuria. M. Bouchardat solo lo considera algo eficaz cuando la cantidad de azúcar que ha salido en las veinticuatro horas es mediano, y guiado por ciertos ensayos comparativos, da la preferencia al carbonato de amoniaco y al bicarbonato de sosa. En resúmen, los álcalis pueden sin disputa ser útiles; pero en el mayor número de casos son ineficaces, y ademas solo constituyen un medio accesorio que debe combinarse con el régimen. Tambien se ha intentado curar la diabetes por medio del solo régimen alimenticio, valiéndose desde la época de Rollo, de una alimentacion azoada, esclusivamente animal; pero semejante régimen fatiga á los enfermos, especialmente si se les da, como hacen algunos, mucho tocino y grasa. Los cuerpos grasosos son útiles; pero es necesario que se asocien con alimentos apetecibles; asi es que con la carne puede permitirse el uso de huevos, pescado y legumbres herbáceas, achicoria, lechuga, acedera, espárragos, alcachofas, aluvias, coles, espinacas, é igualmente ensaladas de diferentes especies; pero es menester abstenerse mucho de fruta en razon del azúcar que generalmente contiene. M. Bouchardat insiste principalmente en que se dé á los enfermos poco pan y pocos alimentos feculentos, por la razon que luego diremos. Para llenar esta indicacion ha mandado hacer pan de glúten, que es ligero, de buen sabor, y solo contiene una sesta parte de fécula, por cuya razon un diabético puede comer seis onzas de este pan sin consumir mas que una de fécula. A estos medios añade Bouchardat el vino generoso de Burdeos ó de Borgoña á la dosis de media á una azumbre por dia que debe beberse puro, ó mezclado con agua de Spa, de Seltz ó de Vichy.

Despues de la alimentacion insiste M. Bouchardat muy principalmente en que deben escitarse las funciones cutáneas. Con este objeto ordena los sudoríficos; proscribe la cerveza á causa de la destrina que contiene, considera perjudiciales las limonadas, y lo mismo la leche, que á un glucosúrico fuertemente atacado le suministraria por la transformacion de la lechina onza y media de azúcar por azumbre de orina. La crema muy pura, formada casi esclusivamente de manteca, seria por el contrario un alimento favorable. Todos los quesos pueden igualmente permitirse. El café, con tal que se tome sin azúcar, es un auxiliar escelente, y lo mismo los sudoríficos, como el carbonato de amoniaco á la dosis de uno ó dos escrúpulos, tomado antes de comer, ó asociado con partes iguales de triaca, en cuyo caso le toma el enfermo al acostarse. El mismo médico insiste mucho en que los enfermos estén vestidos de franela, porque considera indispensable para el éxito de su tratamiento, que funcione la piel con cierta energía. Con el mismo objeto se administran baños alcalinos, sulfurosos, ferruginosos, salados; y se considera los baños de rio y de mar tambien muy ventajosos. En los sugetos anémicos se prescriben ademas los ferruginosos, los amargos y la quina, y se combate la constipacion con lavativas ó con algunas tomas de magnesia calcinada hidratada. Si las digestiones fuesen difíciles, se recurriria al cloruro de sodio administrando 20 granos, al empezar á comer. La sal marina facilita el trabajo del estómago, y por consiguiente ayuda á reparar las pérdidas incesantes que esperimentan los enfermos; á veces tambien contribuye á disminuir la secrecion de orina.

El ejercicio es complemento útil del tratamiento, y debe hacerse al aire libre. Si las fuerzas lo permiten, los enfermos se dedicarán tambien á las labores

del campo. En estas condiciones M. Bouchardat ha reconocido que muchos enfermos podian tomar impunemente sustancias feculentas.

Se ve, pues, que el tratamiento aconsejado por M. Bouchardat se compone principalmente de medios higiénicos. El que recomienda el boticario mayor del *Hotel-Dieu* consiste en la abstinencia de féculas, un régimen suculento; pero no esclusivamente animal, vino en gran cantidad, vestidos calientes, ejercicio, y en algunos casos los sudoríficos, especialmente el carbonato de amoniaco, solo ó unido con un preparado de opio. En doce ó quince años que hace que lo emplea, y que lo emplean tambien otros muchos prácticos, se ha podido juzgar de sus buenos resultados; yo con él he mejorado siempre el estado de los enfermos, á veces por un tiempo muy largo, es decir, por espacio de muchos años. Asi es que en el término de cinco á seis años un diabético, á pesar de haber infringido muchas veces el régimen que le tenia prescrito, pudo entregarse á las fatigas de su estado, y presentaba apariencias de salud, aunque siempre orinando azúcar. Sin embargo, debo confesar que aun no he visto ningun caso de curacion radical por este tratamiento. Pero M. Bouchardat refiere muchos hechos que prueban que la enfermedad puede desaparecer, á lo menos momentáneamente. Los enfermos podrian considerarse curados, si pudiesen comer sustancias feculentas sin que al momento apareciese la orina azucarada. A pesar de eso estoy convencido de que el tratamiento, tal como lo ha formulado M. Bouchardat, es el mejor que conocemos, y de consiguiente debe adoptarse en todos los casos; pero se ha de seguir al pié de la letra y por espacio de mucho tiempo. Los enfermos deberán además *ensayar cada dia su orina* haciéndola cocer con una parte igual de agua de cal, á fin de que por el conocimiento que tengan de la cantidad de azúcar que la orina contiene, puedan modificar convenientemente su régimen.

Teoría de la diabetes.—No voy á hacer mencion de las opiniones ridículas que se han emitido acerca de la naturaleza y asiento de la diabetes. Unos hacen de ella una caquexia, una afeccion general consecutiva á una alteracion de la sangre, opinion completamente inverosimil; otros solo ven en ella una enfermedad; especial de los riñones pero la anatomía patológica desmiente esta doctrina; muchos la colocan en el estómago, y en efecto, en este órgano es donde se verifica la formacion de azúcar; este producto, absorbido poco despues, es eliminado por los riñones como cualquiera otro cuerpo estraño. Esta teoría entrevista por Rollo y establecida esperimentalmente por Mac-Gregor, ha sido en estos últimos tiempos definitivamente aceptada y considerada como una bella adquisicion científica, gracias á los escelentes trabajos de M. Bouchardat, y posteriormente á las investigaciones de M. Mialhe.

Rollo, guiado por una especie de instinto que le hacia descubrir la verdad, habia ya anunciado hace medio siglo, que la formacion de azúcar diabético se verificaba en el estómago; Mac-Gregor lo demostró quince años atrás haciendo vomitar á los enfermos cinco horas despues de comer, y poniendo de manifiesto el azúcar en el quimo. Ademas ha probado esperimentalmente que el azúcar estaba formado, sino esclusiva, á lo menes especialmente por los alimentos vegetales. Tal era el estado de la cuestion, cuando M. Bouchardat, estudiándola de nuevo años atrás, se la apropió, si asi puede decirse, por los desarrollos que le dió enriqueciéndola con nuevos datos.

Segun M. Bouchardat, la existencia del azúcar de fécula en la orina de los diabéticos depende de la transformacion de la fécula en azúcar del mismo modo que podemos efectuarlo en nuestros laboratorios. Esta transformacion se verifica por un principio que existe en el jugo gástrico de los diabéticos, que tiene sobre el almidon una accion enteramente idéntica á la que tiene la *diastasia* de la cebada germinada. Este principio ha sido aislado hace poco por M. Bouchardat de las materias contenidas en el estómago de un diabético en ayunas, haciendo el esperimento con algunas arrojadas por vómito (1). La diastasia de los diabéticos tiene las mismas propiedades disolventes que la que se estrae de la cebada. A pesar de lo que se ha dicho, principalmente en Italia y Alemania, M. Bouchardat considera la diastasia en el estómago de los diabéticos como un producto patológico, y asegura que no la ha encontrado en los sugetos no afectados de glucosuria. Se inclina á creer que solo los alimentos azucarados y feculentos pueden transformarse en azúcar bajo la influencia de la diastasia, y duda que los demás principios inmediatos que componen los alimentos no feculentos, esceptuando tal vez la carne, puedan esperimentar la misma transformacion. Sin embargo, aún no está bien demostrada esta opinion de M. Bouchardat, y él mismo manifiesta algunas dudas de qué nosotros participamos. Sea como quiera, es indudable que el azúcar de los diabéticos, se forma con especialidad, sino esclusivamente á espensas de los feculentos, puesto que la cantidad de azúcar contenida en la orina está siempre en razon directa de la cantidad de pan ó alimentos feculentos y azucarados que han tomado los enfermos en las veinticuatro horas; y que si se disminuye la cantidad de estos alimentos ó se suprimen del todo, disminuye en proporcion la cantidad de orina y de azúcar, y aun puede volver la primera á su cantidad y composicion normales. A estas razones tan fuertes añade M. Bouchardat otra no menos convincente, y es, que la sed de los diabéticos está en razon directa de los alimentos azucarados y feculentos que toman, asi es que para dos cuartillos de fécula beben por lo comun 14 de agua, y arrojan cerca de 16 de orina; es decir, que la cantidad de agua que necesita un diabético para digerir la fécula es precisamente igual á la que es necesario añadir á la diastasia para convertir la fécula en azúcar.

No por eso debe creerse que la transformacion de la fécula en azúcar sea un hecho patológico: es por el contrario, un acto normal fisiológico necesario, sin el cual el pan y los feculentos no podrian ser absorbidos ni servir de consiguiente para la nutricion. Pero ¿en qué consiste entonces que formándose azúcar en las vías digestivas de todos los sugetos, no se encuentra este producto mas que en la orina de los diabéticos? M. Bouchardat esplica esta aparente anomalía por el diferente modo que tienen de digerir los feculentos los sugetos sanos y los diabéticos. En los primeros apenas son atacadas estas sustancias en el estómago; porque si se hace vomitar á un sugeto algunas horas despues de

(1) El procedimiento seguido por M. Bouchardt está exactamente calcado sobre el que adoptó M. Payen para estraer la diastasia de la cebada. M. Bouchardt filtra las materias vomitadas. El líquido filtrado es limpio como el agua. Mezclado con veinte y cinco veces su peso de alcohol rectificado, el licor se enturbia inmediatamente, y poco á poco se forma un sedimento compuesto de ligeras vedijas blancas. Separado este depósito y disuelto de nuevo en agua, se precipita otra vez por un grande esceso de alcohol. Esta materia, recogida en un filtro, se separa todavía húmeda, se seca á una temperatura de 45 grados, se pulveriza despues, y se mete en un frasco.

haber comido sustancias feculentas, solo se encuentran vestigios de azúcar en el quimo. La transformacion se verifica lentamente en los intestinos bajo la influencia del jugo pancreático: el producto nuevo absorbido no llega á la gran circulaeion sino despues de haber atravesado el hígado, y de haberse hecho mas lento su curso á beneficio de la pequeña circulacion hepática. En los diabéticos, por el contrario, á favor de la diastasia que existe en el estómago, se transforman los feculentos en esta víscera pronto y casi del todo en azúcar: este pasa rápidamente á la sangre, y no pudiendo ser destruido cuando llega en gran cantidad, cuando pasa de 4 dracmas, es eliminado por la secrecion renal. Tal es la teoría habilmente sentada por M. Bouchardat, teoría que nos parece satisfactoria si bien algunos puntos merecen ser nuevamente examinados.

M. Mialhe ha propuesto otra esplicacion. En primer lugar ha sentado que la diastasia existia en el estado normal en la saliva, y que todo individuo que ensalivaba sustancias feculentas las convertia en azúcar. Tambien parece que admite que la sacarificacion de los feculentos es mas fácil y mas pronta en los sugetos sanos que en los diabéticos, porque estos tienen menos saliva que los primeros. El mismo autor esplica despues la presencia del azúcar en la orina de los diabéticos y su falta en la del hombre sano, diciendo que como en este es alcalina la sangre, transforma enteramente la materia azucarada, y se la asimila; al paso que en los diabéticos, como la sangre es *neutra ó ácida*, no puede verificarse la transformacion del azúcar; entonces es este un verdadero cuerpo estraño en la sangre, y es eliminado con la orina. M. Mialhe esplica este estado neutro ó ácido de la sangre por la supresion ó disminucion de la transpiracion cutánea. Tambien cree que el abuso de los ácidos puede producir el mismo resultado. Sin embargo, reconoce que algunas veces es alcalina la sangre de los diabéticos; pero en este caso cree que no es suficiente el grado de alcalinidad que baste para transformar todo el azúcar absorbido. Es, pues, entonces indispensable que este producto sea eliminado por los riñones.

Resulta, pues, que la segunda parte de la teoría de Mialhe se funda en un hecho inexacto que hemos negado, es decir, en la acidez ó estado neutro de la sangre. Añadiremos con nuestro sabio amigo el catedrático Bouchardat, que una de las pruebas mas claras que se pueden aducir contra la teoría de que hablamos, es que la orina de los glucosúricos, que es siempre ácida, puede volverse accidentalmente alcalina, y que el azúcar no desaparece constantemente cuando ella presenta esta reaccion, y sin embargo, es bien evidente que la economía se halla entonces completamente alcalinizada. Asi es, que hasta ahora creemos que debe darse la preferencia á la teoría de Bouchardat, que aunque mas complicada que la última, se apoya en un gran número de esperimentos, de los cuales nos parece que la mayor parte nada dejan que desear.

A pesar de todos los trabajos emprendidos en estos últimos tiempos, reina mucha oscuridad acerca de la manera de desarrollarse la diabetes. Es muy probable que el azúcar se forme en la economía bajo la influencia de causas muy diversas. Asi es que ciertos trastornos de la inervacion pueden hacerlo nacer con mucha prontitud. M. Bernard, punzando el cuarto ventrículo un poco mas arriba del orígen del nervio del octavo par, halló pocos instantes despues en la orina una gran cantidad de azúcar, que estaria sin duda segregado por el hígado, al cual no se transmitiria, como pudiera creerse, la escitacion por los

neumo-gástricos, sino por la médula y el trisplácnico. Lo que lo prueba es que despues de punzado el cuarto ventrículo, la secrecion del azúcar se suspende si se corta por en medio la médula y el gran simpático, al paso que persiste cuando solo se hace la seccion de los nervios del octavo par. M. Bernard ha demostrado que el hígado segrega normalmente una cantidad considerable de azúcar, independientemente de toda alimentacion amilácea. Este azúcar, idéntico al diabético, llega enteramente á los pulmones, donde es destruido. Despues de eso es natural preguntarse si la diabetes puede depender de una alteracion especial de los órganos respiratorios, por la cual estos cesen de transformar ó de destruir el azúcar, y obligar á este producto á ser eliminado por los riñones. A favor de esta manera de ver, podriamos citar los esperimentos de M. Reynoso, de los cuales resulta al parecer que la lentitud ó la dificultad de la respiracion producen la glucosuria. Asi que este observador halló azúcar en la orina de conejos que habia ahogado ó estrangulado, y en la de individuos que habian sido eterizados ó atacados de pleuresía, de tubérculos, etc. Un hábil observador, el doctor Dechambre, ha confirmado estas mismas ideas demostrando que la orina de la mayor parte de los viejos contiene azúcar, lo que en efecto podria esplicarse, como lo esplica él, por la insuficiencia de la hematosis en una edad en que los pulmones y la caja torácica han esperimentado profundas alteraciones (1). Sin embargo, si los hechos anunciados por M. Reynoso son ciertos, la esplicacion es tal vez contestable, pues habiendo M. Bernard cortado los dos neumo-gástricos, no vió producirse azúcar en la orina á pesar de haber sucumbido los animales lentamente, con una estrema dificultad de respirar y enteramente asfixiados. De todos modos, como en las circunstancias de que hablamos faltan los principales síntomas de la diabetes, podemos preguntarnos si existen en la glucosuria morbosa algunas otras condiciones. Posible seria, por ejemplo, que no solo hubiese una alteracion pulmonal, sino ademas y sobretodo una formacion superabundante de azúcar. Este, por otra parte no está esclusivamente segregado por el hígado, como lo prueban los importantes esperimentos de M. Bouchardat, de suerte que nos es permitido preguntarnos si el azúcar normal y el azúcar de los diabéticos, aunque idénticos, tienen ó no dos orígenes distintos, el primero en el hígado, el segundo en el estómago. Estas cuestiones son insolubles en el estado actual de la ciencia, y requieren nuevas investigaciones.

ENFERMEDAD ESPECIAL DEL HÍGADO.

DE LA ICTERICIA.

Sinonimia.—Amarillez; *morbus regius*, *arenatus*, *ileus flavus*.

La ictericia es una enfermedad caracterizada por un color amarillo de la piel, producido por el paso de las materias colorantes de la bilis á la sangre.

Divisiones.—Muchas veces hemos encontrado ya la ictericia, no solamente en las enfermedades del hígado, sino tambien en las de los órganos inmediatos

(1) *Gazette médicale*, 1832, p. 220.

(pulmones, pleura, peritoneo, etc.), ó en ciertas intoxicaciones de la sangre, tales como la que produce la fiebre amarilla. Sin embargo, en muchos casos la ictericia es ideopática y parece que constituyendo por sí misma toda la enfermedad, no se refiere á ninguna lesion apreciable de los sólidos ni de los líquidos. De consiguiente, hay una ictericia *esencial* y otra *sintomática*. Esta es la única division que se debe admitir hoy.

Anatomía patológica.—No voy á ocuparme de las numerosas lesiones del hígado y de los demás órganos que pueden coexistir con la ictericia; únicamente quiero llamar la atencion acerca de las alteraciones propias de la enfermedad misma.

El color amarillo persiste por lo comun despues de la muerte con la misma intensidad que durante la vida; se encuentra en la mayor parte de los tejidos, pues se han visto mas ó menos teñidos de amarillo los huesos y sus cartílagos, la túnica media de las arterias; las membranas serosas, los nervios, el cerebro y la mayor parte de las vísceras; los mismos músculos, y principalmente el corazon, han presentado á veces el mismo color, pero siempre mas bajo que los demás tejidos.

No es solo en las partes sólidas donde se observa el color ictérico, pues se encuentra tambien en la mayor parte de los fluidos naturales y morbosos: asi es que siempre la serosidad de la sangre, y muchas veces la orina, el sudor, los derrames de las membranas serosas, el humor acuoso del ojo, algunas veces la serosidad de los vejigatorios, el pús, la saliva, los distintos mocos y hasta la misma leche, se han visto mas ó menos teñidos de amarillo. Kerkringius cita el ejemplo de una mujer ictérica que parió un niño cuyos tejidos, y principalmente los huesos, tenian el mismo color.

¿El tinte ictérico es producido por la bilis en sustancia, ó es debido á la presencia en los tejidos de sus principios colorantes? Cuestion es esta que ha ocupado mucho á los químicos de medio siglo á esta parte. Deyeux, en 1804, no pudo encontrar la bilis en la sangre, y atribuyó el color amarillo de los tejidos y de los flúidos á la presencia de la materia colorante, que con razon consideraba como un cuerpo aparte y esencialmente distinto de la bilis. Clarion sostuvo la opinion contraria: en su concepto existia la bilis en sustancia en la sangre, y este hecho parece que ha sido confirmado despues por los esperimentos de M. Orfila, é igualmente por los de MM. Vauquelin y Foucroy y posteriormente por los de M. Braconnot. Sin embargo, muchos químicos distinguidos han buscado en vano en estos últimos tiempos la bilis en la sangre. MM. Félix Boudet, Chevreul y Lecanú únicamente han comprobado la existencia en este líquido de dos ó tres principios colorantes, amarillo, verde y azul. Pero hasta ahora nadie ha demostrado la presencia del coleato de sosa, que segun las bellas investigaciones de M. Demarçay, es la parte esencial de la bilis (1). MM. Becquerel y Rodier han obtenido algunos otros resultados interesantes; pero que no están todavía bien demostrados. En efecto, estos autores han dicho que en la ictericia simple ó complicada; pero con flujo *bilioso*, no estaba modificada la composicion de la sangre en cuanto á las ma-

(1) Resulta de las análisis de M. Demarçay que la bilis es un jabon esencialmente formado por un coleato de sosa. (Véase el trabajo de este químico en el tomo LXVII, p. 177 de los *Annales de chimie*).

terias grasosas, de la colesterina por ejemplo; pero que no sucedia lo mismo en los casos de retencion de la bilis, porque como entonces estas materias no eran eliminadas por el hígado, se encontraban en mayor cantidad en el suero, y se hallaban concentrados en la sangre no solo la colesterina, sino que tambien los ácidos grasosos saponificados.

Síntomas.—La ictericia puede sobrevenir de repente, como nosotros hemos tenido ocasion de verlo en el cólico hepático. Lo mismo sucede cuando se presenta á consecuencia de una conmocion moral viva, y de un dolor físico violento, el cual tambien algunas veces ha producido el mismo efecto. La ictericia sintomática siempre es consecutiva á diversos trastornos funcionales; la esencial es primitiva, y si existen algunos prodromos, se reducen á ciertos accidentes de las vías digestivas, como inapetencia, amargor de boca, diarrea ó estreñimiento, etc.

Lo primero que se nota al iniciarse la ictericia, es un color amarillo en las escleróticas y en el ángulo interno de los ojos; despues se propaga á las sienes, á las alas de la nariz, á los ángulos de los labios y á la frente, y desde allí se estiende á la barba y á los carrillos, que es el último punto de la cara en que se presenta. Casi desde el principio se nota alrededor de las uñas un círculo amarillento que se ensancha poco á poco. El color ictérico se estiende á los piés, manos y pecho, y no tardan en participar de él el cuello y el resto del cuerpo. Por regla general las partes superiores se ponen amarillas antes que las inferiores. El doctor Delongeon probó tambien en la tesis que sostuvo en 1845, que el velo del paladar presenta siempre un color amarillo uniforme que se detiene de repente al llegar á la bóveda palatina, si bien por lo comun esta ofrece el mismo color, pero no asi los demás puntos de la mucosa bucal. La ictericia puede ser parcial: asi que no es raro verla limitada á la cara y aun á los ojos, ó bien á un miembro ó á la mitad del cuerpo. Se ha admitido tambien una ictericia interna: tal es el hecho citado por M. Ferrus de una mujer de la Salitrería que, habiendo sucumbido de resultas de una neumonía, presentó teñidos de amarillo la mayor parte de los sólidos, mientras que el cútis conservaba su color natural.

El color ictérico presenta una porcion de matices que varían desde el amarillo claro hasta el verde ó moreno oscuro. La epidermis no presenta mas variacion apreciable que la del color. A veces se percibe en ella un prurito incómodo sin ninguna erupcion, y hasta algunos dicen haber visto producirse en tales casos ligeras escamas furfuráceas. Se ha supuesto tambien que el cutis de los ictéricos estaba aceitoso al tacto; pero nunca he observado esta particularidad.

La orina casi siempre es en los ictéricos menos abundante, espesa, amarilla ó rojiza; tratada con el ácido nítrico, precipita en abundancia una sustancia verde, que no es mas que una de las materias colorantes de la bilis. Sin embargo, es de advertir que aun en las ictericias mas intensas no siempre se obtiene este resultado, lo cual es debido á que la materia colorante contenida entonces en la orina, es nula ó muy pequeña. Como quiera que sea, puede suceder algunas veces que se note el color amarillo en la orina uno ó muchos dias antes de ser visible al esterior, y aun me aventuro á decir que este caso no me parece muy raro. Tanto en la ictericia ideopática como en la sintomática, se nota casi

siempre algun trastorno en las funciones digestivas; la boca está pastosa ó amarga; hay sed, inapetencia, constipacion, y otras veces, por el contrario, diarrea sin cólicos. Las materias arrojadas suelen tener su color habitual, particularmente en las ictericias esenciales; pero en las que son sintomáticas, cuando el hígado está alterado hasta el punto de no poder segregar la bilis, ó bien cuando hay retencion de esta de suerte que no puede fluir en el intestino, las materias fecales son agrisadas, cenicientas, y tienen un olor agrio muy fuerte. Muchos enfermos se quejan de incomodidad y peso, mas bien que de verdadero dolor en el epigastrio. Si comen se aumenta el peso, el vientre se abulta, y algunos tienen náuseas y vómitos, ó por lo menos eructos ácidos y flatuosidades. Segun M. Piorry, se encuentra muy á menudo (17 veces en 21) en los ictéricos aumento de volúmen del hígado, y añade el mismo médico que con frecuencia (12 veces de cada 21) ha visto la vesícula dilatada; pero contradice esta opinion la práctica diaria de la mayor parte de los médicos. Se concibe sin embargo la posibilidad de un orgasmo del hígado en el caso de obliteracion del canal colidoco; pero estos hechos están muy lejos de ser los mas comunes, y nos obstinamos en creer que en las ictericias simples, esenciales, no hay comunmente ninguna alteracion apreciable en la estructura y volúmen del hígado.

La ictericia en general no ocasiona por sí misma grande alteracion en la salud de los pacientes. Si la enfermedad es simple, idiopática, los enfermos no tienen calentura; el pulso está mas bien lento que frecuente. M. Bouillaud le ha visto no dar mas que 50 ó 40 pulsaciones por minuto, y recobrar su frecuencia habitual al desaparecer la ictericia. En las funciones respiratorias no se nota ningun trastorno apreciable. Los sentidos están íntegros; sin embargo, algunos enfermos ven todos los objetos amarillos. Este fenómeno, indicado ya por Galeno, es raro y pasagero, y solo se observa, como dice Morgagni, cuando el humor acuoso está muy impregnado de la materia colorante de la bilis. Por último, la mayor parte de los ictéricos se quejan de pesadez de cabeza, y sienten cierta fatiga y malestar.

Curso, duracion y terminaciones.—El curso de la ictericia sintomática está subordinado al de las enfermedades de que depende. Si es efecto de una lesion orgánica, dura años enteros con alternativas de aumento ó diminucion; pero es raro que cese del todo, á no ser que termine favorablemente la enfermedad de que constituye uno de los síntomas. La ictericia esencial, idiopática, tiene un curso casi uniforme. Despues de haber recorrido un período de incremento que puede limitarse á muy pocos dias, y casi nunca pasa de un septenario, disminuyen primero y desaparecen luego del todo los trastornos digestivos; es muy comun que los enfermos, aunque amarillos todavía, coman, digieran y se dediquen á sus ocupaciones; algunos, sin embargo, se fatigan pronto. El color amarillo no tarda en ir desapareciendo despues en sentido inverso al de su desarrollo: asi es que los ojos, que fueron los primeros órganos que presentaron el color ictérico, son los últimos que vuelven á su color natural. Si la ictericia simple ha sido intensa, es raro que el cutis recobre su color natural hasta despues de cinco ó seis semanas. La enfermedad recidiva algunas veces cuando se presentan de nuevo las circunstancias que la dieron orígen, como lo hemos visto al tratar del cólico hepático. Tambien se habla de una ictericia que,

siendo consecuencia de la supresion de las reglas, se reproduce periódicamente todos los meses.

La ictericia por sí misma nunca ocasiona la muerte. Verdad es que se citan casos de ictericia que, habiéndose presentado de repente de resultas de una conmocion moral viva, han terminado por la muerte al cabo de veinte y cuatro horas con delirio y coma. Pero ¿deberá decirse en este caso, como hace Morgagni, al dar cuenta de un hecho análogo en su 37.ª carta, que la muerte ha sido producida porque la bilis, demasiado ácre, ha ejercido una accion deletérea sobre el cerebro? ¿No será mas racional atribuir la terminacion funesta á la misma conmocion moral que ha producido la ictericia? Se ve algunas veces nacer, en el curso de una ictericia espontáneamente desarrollada, accidentes graves de adinamia ó ataxia, y hasta puede sobrevenir la muerte, como lo he observado una vez, sin que la autópsia revele lesion alguna que esplique la naturaleza de los accidentes y la terminacion fatal. M. Ozanam ha llamado recientemente en su tesis inaugural (año 1849, n.° 231) la atencion hácia esta forma grave de la ictericia muy rara vez observada, y que no se puede comprender á pesar de los hábiles esfuerzos que ha hecho este médico para esclarecer su historia.

La ictericia desaparece sin presentar movimientos críticos; la epistaxis y el flujo hemorroidal, que algunos autores creen muy frecuentes en la declinacion de la enfermedad, son por el contrario muy raros.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la ictericia es por lo comun muy fácil; no se confundirá con ella ni la palidez cancerosa, ni el color amarillo de las cloróticas, ni el de los sugetos espuestos á las emanaciones saturninas, ni el de los que padecen fiebres intermitentes muy antiguas; porque en ninguno de estos casos están teñidos por la materia verde de la bilis, ni la orina, ni los demás productos de la secrecion, y el ácido nítrico, opérese como se quiera, no puede revelar jamás la presencia de la bilis. Ademas, el color canceroso se aproxima mas al de paja ó al de membrillo que al de la ictericia; y las escleróticas, siempre amarillas en los casos de ictericia, conservan en los de cáncer su brillo azulado. El color que adquiere el cutis en las fiebres intermitentes antiguas, no se puede describir; pero es tan característico y fácil de conocer, que una vez visto, no puede confundirse con ninguno; se parece mas bien al color de las hojas secas que al de la ictericia: en los sugetos espuestos á las emanaciones saturninas, se encuentra muchas veces un color agrisado mas bien que amarillo en los tegumentos. Estos suelen adquirir á veces el color morboso que se observa en los sugetos que llegan de las Antillas, pero las escleróticas conservan su color natural, de consiguiente es imposible sufrir equivocacion alguna. Mas fácil es todavía distinguir la ictericia de la clorosis; porque en esta afeccion el cutis es transparente y tiene un color blanco mate ó el de la cera blanca antigua.

Muchos autores, especialmente Morgagni, Gardien y Desormeaux, han referido á la ictericia el color amarillo que presentan los recien-nacidos al tercero ó cuarto dia; pero, propiamente hablando, no hay en este caso ictericia, porque la esclerótica conserva su color, la orina no contiene las materias colorantes de la bilis, y no se encuentra esta sustancia ni en el suero de la sangre, ni en ningun otro fluido de la economía. Ademas, se sabe que al cabo de algunos dias desaparece este color. Creemos, pues, con Levret y algunos otros, que este

color amarillo de los recien-nacidos constituye mas bien una especie de equímosis que una verdadera ictericia. Por lo demás, la verdadera ictericia puede presentarse tambien en los recien-nacidos, á consecuencia de las mismas causas que en los adultos, y se hace manifiesta por los mismos caracteres esteriores. Estas proposiciones han sido combatidas por un antiguo interno del hospital de los *Enfants-Trouvés*, M. Hervieux, el cual estableció en su tesis, sostenida en 1847, que las partes esternas, lo mismo que los órganos interiores ofrecen el color amarillo tal como se observa en los individuos ictéricos. Estos hechos, para ser concluyentes, deberian haberse apoyado en algunos esperimentos químicos practicados sobre los sólidos y los líquidos, estableciendo que el color amarillo de que hablamos, depende de la presencia en los tejidos de uno de los principios colorantes de la bilis. De todos modos las observaciones de M. Hervieux son muy dignas de interés.

No tenemos necesidad de decir que algunos sugetos simulan la ictericia pintándose el cutis con el pólen de las azucenas, la tintura de ruibarbo, el cocimiento de curcuma, los granos de cártamo, ó sea el alazor ó azafran rumi, etc.; pero no pueden teñirse las escleróticas, y bastan por otra parte algunas lociones jabonosas para descubrir su impostura.

Pronóstico.—La ictericia por sí misma no es grave; la esencial se cura siempre, ó casi siempre, pues son muy raros y muy mal estudiados, aun en los casos de que hemos hablado anteriormente, de ictericias simples que se han hecho mortales en medio de accidentes atáxicos-adinámicos. La ictericia que dura muchos meses y varía con frecuencia de color, que pasa, por ejemplo, rápidamente del amarillo al verde, es de mal agüero; porque es casi seguro que depende de alguna lesion orgánica. Hay entonces un enflaquecimiento mas ó menos rápido. En atencion á la frecuencia de las alteraciones del hígado en los viejos, se ha creido que la ictericia es mas grave en esta edad que en la juventud. Los jóvenes, en nuestro clima al menos, no tienen casi nunca mas que ictericias idiopáticas. Yo he encontrado con frecuencia la ictericia simple en mujeres embarazadas ó que estaban criando, y nunca he visto que ejerciese ninguna accion funesta ni en el producto de la concepcion, ni en los mas tiernos niños. Solo sucede alguna vez que la secrecion de la leche disminuye, porque siendo muy escaso el apetito y difíciles las digestiones, la reparacion es insuficiente.

Etiología.—La ictericia es una enfermedad que se observa en todas edades; pero la idiopática es mas comun en los jóvenes y adultos; al paso que en los viejos es mas frecuente la sintomática. Esta puede depender de varias lesiones, tales como la hepatitis, la peritonitis del hipocondrio derecho, la pleuresía diafragmática, la neumonía derecha; y es por el contrario muy raro que sea efecto de la inflamacion de las vías digestivas. Bajo el imperio de la doctrina fisiológica, se habia exagerado mucho la importancia de esta causa, pues por ella se esplicaban todas las ictericias; pero una severa observacion no ha confirmado lo que se habia establecido simplemente por una inspiracion teórica y por simple analogía. Las lesiones crónicas del hígado son causas frecuentes de ictericia; sin embargo, la mayor parte no la producen tan á menudo como pudiera creerse á primera vista. Asi es que ya hemos visto que la hipertrofia, la atrofia y la cirrosis no van ordinariamente acompañadas de ictericia, sino algunas veces en el último período. Lo mismo sucede con los acefalocistos,

los tubérculos y el cáncer, escepto cuando estos productos accidentales están situados de manera que estrechan ú obliteran los conductos biliarios. Las alteraciones de la vejiga y del conducto cístico, rara vez producen la ictericia; pero no sucede asi con las de los conductos hepático y colídoco, como son los cálculos introducidos en su cavidad, su inflamacion ó la compresion que ejerce sobre sus paredes un tumor esterior, circunstancias todas que se oponen al paso de la bilis al duodeno. Por último, puede depender la ictericia de un estado general grave, como el que se observa en la fiebre amarilla y á consecuencia de la mordedura de ciertos animales venenosos.

¿Puede ser la ictericia una de las manifestaciones de la diátesis sifilítica y revelar algunas veces la primera impresion de la sífilis en el hígado? M. Gubler ha procurado establecer esta opinion en un trabajo publicado en 1854 en la *Gazette médicale*. Pero no me parece que resulta semejante doctrina muy claramente de los hechos alegados. Parece que la rareza misma de la ictericia en el curso de las afecciones venéreas prueba que no es mas que un accidente, una complicacion de la enfermedad.

La ictericia esencial no depende de ninguna lesion material apreciable; sobreviene por lo comun sin causa conocida; á veces sucede á una conmocion viva de cólera, de terror, de tristeza, etc., y entonces se dice que es *espasmódica*. Un dolor intenso y la impresion del frio pueden ocasionar el mismo efecto. Una temperatura elevada, el vivir en paises calientes y los alimentos animales se consideran como causas capaces de producir la ictericia escitando la secrecion de la bilis: esta sería una ictericia por *plétora biliosa*; pero aun no poseemos datos exactos acerca de este punto. Sin embargo, es indudable que los alimentos y la temperatura pueden ser causas de ictericia: tambien se la ha visto reinar algunas veces epidémicamente; pero estas epidemias se han declarado frecuentemente en circunstancias muy diversas y aun enteramente opuestas. De todos modos es mucho mas frecuente la ictericia en los climas calientes, de suerte que Annesley ha calculado que en las Indias se observaba la ictericia en una tercera parte de enfermos.

Modo de producirse la ictericia.—Entre las teorías propuestas para esplicar la formacion de la ictericia, hay algunas que ni aun siquiera merecen ser impugnadas; tales son las que la consideran como producida por un espasmo del cutis, por la secrecion en el dermis de una especie de pigmentum particular, por la formacion de un líquido especial que solo se pareceria á la bilis en el color. Basta solamente recordar los resultados de las análisis químicas para demostrar cuán erróneas son semejantes ideas. Las únicas teorías que merecen ser discutidas son las siguientes, que se reducen á tres: en la primera se esplica la ictericia por la reabsorcion de la bilis por los linfáticos del hígado; en la segunda se pretende que habiendo sido segregada la bilis en mayor cantidad, ha sido reabsorbida por los absorbentes del tubo digestivo; por último, en la tercera se supone, que alteradas la estructura ó las funciones del hígado, deja este de separar de la sangre los materiales de la bilis que se suponen formados en ella, y que estos materiales acumulándose, acaban por producir el color amarillo de los sólidos y de los fluidos. Pero esta última teoría es inadmisible, porque la química demuestra que no está suspendida la secrecion biliaria, puesto que hasta ahora no se ha podido encontrar ni en la sangre, ni en la orina, ni

en ninguno de los sólidos la bilis en sustancia ó al menos sus elementos esenciales. Ademas, muy juiciosamente observa M. Berard en su *Physiologie*, que cuántas veces en el suero de la sangre se encuentran en cierta proporcion materiales de bilis, y especialmente la materia colorante de esta, se ve desde luego á la orina cargada de esta sustancia, y en el estado de salud no la contiene nunca, de lo que es racional deducir que tampoco la sangre la contiene. El hígado es, pues, el único que elabora los principios constitutivos de la bilis, y á consecuencia de su absorcion se produce la ictericia. Queda, pues, la teoría de la absorcion. Pero ¿debe admitirse que la bilis es reabsorbida en los intestinos delgados? Creo que no, porque la única causa que produce por necesidad la ictericia, se opone precisamente á que la bilis pase al duodeno; tal sucede con la obliteracion de los conductos hepáticos y colídoco. Es, pues, indispensable suponer que los linfáticos del hígado son los que reabsorben la materia colorante. Tiedemann ha demostrado que estos vasos, que en el estado natural nunca están llenos de la materia colorante de la bilis, la contienen en ciertas ictericias; y M. Lambron, repitiendo los esperimentos de Mascagni y de Kierman, ha visto que una inyeccion hecha por los conductos biliarios penetra rápidamente en los linfáticos aun antes de llegar á las estremidades de aquellos conductos. Esta particularidad esplica no solamente el paso de la materia colorante de la bilis á la sangre, sino tambien cómo en algunos casos puede desarrollarse la ictericia en pocos momentos. La reabsorcion de la bilis se verifica cuando un obstáculo se opone á la escrecion de este fluido, ó bien cuando es segregado en mayor cantidad de lo regular. Por efecto de una supersecrecion de bilis es como sobrevienen esas ictericias consecutivas á una inflamacion del hígado ó del peritoneo circunvecino, y aun las ictericias por conmociones morales. ¿Quién no ha visto individuos, que á consecuencia de sacudimientos morales, han echado por la boca ó por el ano abundancia de bilis? Esto nada tiene de particular, pues la misma influencia se observa sobre otras muchas secreciones, como las lágrimas, la saliva, la orina y el sudor. Asi pues, creemos que en la ictericia llamada espasmódica es segregada la bilis en mayor cantidad, y estancándose en los conductos la materia colorante es reabsorbida y conducida al torrente circulatorio. Esta esplicacion nos parece mas racional que atribuir la enfermedad á un espasmo del hígado ó de sus conductos que se oponga mecánicamente á la escrecion de la bilis.

Tratamiento.—Como la ictericia puede, segun hemos ya manifestado, ser sintomática de diferentes estados morbosos, es preciso salir al encuentro á estos y combatirlos antes que todo por los medios apropiados. A la congestion, á la inflamacion, á la hipertrofia, á los abcesos, á los productos accidentales del hígado, etc., se opondrán los remedios que hemos dado á conocer al tratar de cada una de estas lesiones. Si la ictericia es esencial, se empleará un tratamiento sencillo: se prescribirá á los enfermos una limonada, una disolucion de jarabe de grosella, una tisana diluente cualquiera y baños tibios. M. Piorry quiere que se haga beber mucho á los ictéricos para escitar las secreciones y desembarazar mas fácilmente los tejidos de la materia colorante de que están impregnados. Este es un designio enteramente teórico, que la práctica no confirma. El mismo profesor cree que podrán ser útiles los alcalinos, pero tambien esas ideas son puramente especulativas, y nada prueba que sean funda-

das. ¿Y qué diremos de la compresion ejercida sobre el fondo de la vejiga de la hiel cuando la cree dilatada? Este es un medio recomendado tambien por M. Piorry; pero los hechos que invoca en favor de esta práctica no me parecen concluyentes.

Ademas podrán presentarse diversas indicaciones especiales que haya que satisfacer; asi es que el estado pletórico, un pulso fuerte y vibrante exigirá una sangría; los signos de infarto gástrico harán recurrir á un vomitivo y si hay constipacion de vientre se administrará un purgante suave. Los evacuantes intestinales son generalmente útiles, y por tanto deben darse de cuando en cuando, si no están contraindicados. Los enfermos solo estarán á dieta al principio; se les dará de comer en cuanto tengan apetito; pero los alimentos serán ligeros y en corta cantidad, y se usarán con preferencia las legumbres herbáceas, los pescados y las carnes blancas. Cuando la ictericia se prolonga mas de lo regular sin que se pueda apreciar la causa orgánica que la sostiene, se han aconsejado los amargos, los alcalinos en los baños y bebidas, y las aguas ferruginosas. En estos casos se administraba antiguamente el cocimiento de zanahoria, que en el dia goza todavía de mucho crédito entre el vulgo, aunque, como dice Peyrilhe, su virtud anti-ictérica solo se funda en que tiene el mismo color que la enfermedad.

ENFERMEDAD ESPECIAL DE LOS RIÑONES.

diabetes leucomática ó leucomírica

DE LA ENFERMEDAD DE BRIGHT

SINONIMIA.—Nefritis albuminosa, (degeneracion granulosa) (albuminuria. Piorry).

La enfermedad de Bright se halla caracterizada durante la vida por dos fenómenos, que son: la presencia de una gran cantidad de albúmina en la orina, y la formacion de derrames serosos en el tejido celular y en las membranas serosas.

Historia.—Esta enfermedad que puede existir en el estado agudo y en el crónico, es un descubrimiento reciente, y sin razon algunos, dando una interpretacion violenta á varios párrafos de antiguas obras, han pretendido hacer remontar á Hipócrates el conocimiento de esta afeccion. En una época mas cercana de nosotros, Cotugno y Cruickshank, y á principios de este siglo, Nysten y especialmente los ingleses Blackall y Wells, habian ya denunciado la presencia de orina albuminosa en el curso de numerosas hidropesías; pero hasta el año 1827 Ricardo Bright no demostró las relaciones que hay entre estas hidropesías, la composicion de la orina y una alteracion particular de los riñones. Este descubrimiento es sin disputa uno de los mas notables de la ciencia contemporánea; ha escitado la emulacion de numerosos observadores, y ha provocado investigaciones importantes que han venido á confirmar los resultados obtenidos por el célebre médico de Londres. Debemos mencionar entre tantos y tantos trabajos los de Christison y de Gregory en Edimburgo; en Francia las investigaciones de M. Becquerel, la escelente monografía de M. Martin-Solon, que va á servirnos de mucho, y por último, los estudios de M. Rayer, el cual,

antes de la publicacion de su importante obra, habia inspirado trabajos del mayor interés á algunos de sus mas distinguidos discípulos, MM. Tissot (tesis 1833), Désir (*idem* 1833), Sabatier (*Archives* 1834).

Caracteres anatómicos.—Los riñones de los sugetos que sucumben de resultas de esta enfermedad, ofrecen diversas alteraciones. El doctor Bright las refiere á tres formas, y M. Rayer eleva su número hasta seis; pero creemos como M. Martin-Solon, que pueden dividirse en cinco grados ó variedades.

En el primero son los riñones mas voluminosos, y tienen un peso doble ó triple del natural; son consistentes, pero sin dureza, y su superficie presenta una ribicundez viva y está salpicada de una multitud de puntitos de un color rojo mas subido que las demás partes, lo cual depende, segun M. Rayer, de que están inyectadas las glándulas de Malpigio. Cuando se divide el riñon desde su borde convexo hácia la cisura, se encuentra la sustancia cortical hinchada, inyectada, mas gruesa y con los mismos puntos rojos que dejamos indicados; la sustancia tubulosa comprimida tiene una rubicundez mas oscura, son menos visibles sus estrías, y en la cara interna de los cálices y de la pelvis se observan algunas arborizaciones muy finas. Es raro, sin embargo, encontrar este primer grado, pues cuando el mal sigue un curso muy agudo, se hallan ya otras alteraciones mas adelantadas.

En el segundo grado hay, como en el anterior, aumento de volúmen é inyeccion del tejido; pero en lugar de ser esta general y uniforme, presenta una mezcla de un color amarillo pajizo en la sustancia cortical, tan manifiesta en lo interior como en la superficie, y que se hace mas notable sobre el rojo oscuro que conserva la sustancia tubulosa.

En el tercer grado es siempre mayor el volúmen y peso de los riñones; pero la sustancia cortical, que está ya completamente anémica é impermeable á las inyecciones mas sutiles, tiene un color amarillo-claro uniforme, mientras que conserva una rubicundez bastante viva la tubulosa, la cual se halla comprimida y como rechazada hácia la cisura por el engrosamiento de la sustancia cortical, especialmente en las porciones que se prolongan por entre los conos tubulosos.

Tambien se encuentran dichas alteraciones en el cuarto grado; pero este se halla caracterizado por una lesion que Brigth ha descrito cuidadosamente con el nombre de *testura granulosa de los riñones*. En este estado la superficie esterna de estos órganos tiene un color amarillo pálido, y se halla sembrada y á veces casi cubierta de manchitas de un color blanco lechoso ó algo amarillentas, del tamaño de la cabeza de un alfiler, parecidas á los grumos del suero ó á granos de sémola, y que existen tanto en la superficie de los riñones, como en el espesor de la sustancia cortical, pero con mucha desigualdad en estos dos puntos. Estos cuerpos, impropiamente llamados *granulaciones*, parecen producidos por una materia albuminosa exhalada en el intersticio del tejido, esplicándose sus diversos grados por la profundidad á que se hallan situados. Los de la superficie, cubiertos por una capa muy delgada, parece que están como barnizados. Por último, en el quinto y último grado se encuentran reunidas diversas alteraciones: los riñones pueden ser mas grandes ó mas pequeños; muchas veces es desigual y mamelonada su superficie; su tejido suele hallarse endurecido, y por último, la sustancia cortical está amarilla y descolorida en todo ó en parte.

Las lesiones precedentes, que caracterizan las diversas formas de la nefrítis albuminosa, nunca están limitadas á un solo riñon, sino que se observan en ambos á la vez, aunque generalmente en grados desiguales. Los enfermos que mueren de esta enfermedad, presentan ademas de las hidropesías del tejido celular y de las membranas serosas, mayor ó menor número de lesiones consecutivas en una ó muchas vísceras de importancia que consisten por el órden de su frecuencia en el reblandecimiento de la mucosa de los intestinos gruesos ó delgados, neumonía, pleuresía y meningitis.

Síntomas de la forma aguda.—La nefritis albuminosa puede empezar con el aparato de síntomas de las enfermedades agudas. En tal caso, suele observarse un escalofrio al principio; sobreviene fiebre mas ó menos viva, y son varios los enfermos que se quejan de un dolor sordo ó de una simple incomodidad en la region de los riñones, que se aumenta por la presion. La orina, segregada en menor cantidad, es rojiza ó oscura por hallarse mezclada con cierta porcion de sangre, y dejándola reposar se forma un sedimento de filamentos rojizos, que no son otra cosa mas que la fibrina de la sangre; tiene un olor débil y es mas espumosa. Al cabo de algunos dias deja de ser generalmente sanguinolenta, y adquiere un color amarillento ó se pone pálida, asemejándose al vino blanco; suele ser trasparente; echa muy poco olor; tarda mas en descomponerse; es neutra ó poco ácida; contiene á veces una materia crasa, y es normal su densidad, y algunas veces menor, por haber disminuido la cantidad de urea y de sales. Sin embargo en la forma aguda no es raro que no esperimente variacion alguna notable en la proporcion de sus elementos naturales, mientras que casi siempre se hallan alterados estos en la forma crónica de la dolencia. Pero la modificacion mas notable que en la orina se observa, es la presencia de una gran cantidad de albúmina, que hace que el líquido sea mas espumoso de lo regular. Se descubre esta sustancia echando en un vaso que contenga orina un poco de ácido nítrico, ó una disolucion de sublimado, de nuez de agallas ó de alumbre, y mejor todavía sometiendo el líquido á la ebulicion. Cualquiera que sea el procedimiento que se adopte de los que acabo de indicar, se forma un coágulo blanco mas ó menos abundante y coposo, que se precipita con mucha rapidez al fondo del vaso. Al mismo tiempo que se advierte esta alteracion notabilísima de la orina, sobreviene un edema, que unas veces se limita á la cara, que está pálida, y otras invade simultáneamente otras muchas partes del cuerpo. La infiltracion serosa puede estenderse con mucha prontitud á toda la superficie del cuerpo, derramándose tambien la serosidad en las principales cavidades serosas, y especialmente en el peritoneo y las pleuras. La anasarca, que es uno de los caracteres mas constantes de la nefritis albuminosa, tiene de particular que el cutis, en vez de ser blando y de ceder á la menor presion, como en la mayor parte de los edemas, es por el contrario renitente, generalmente hablando, y no se deprime sino comprimiéndolo con fuerza, lo cual suele ser doloroso, y el hoyo que forma el dedo desaparece muy pronto. Si se sangra á los enfermos en este período de la enfermedad, se forma á veces en la sangre una costra gruesa, lo cual puede resultar de una complicacion inflamatoria ó de la disminucion del número de glóbulos, pero no de una alteracion en la proporcion de la fibrina dependiente de la misma enfermedad, pues MM. Andral y Gavarret han demostrado, que en la nefritis albuminosa no se al-

+ Gubler dice que la orina no está disminuida. 4 litros en las 24 horas mayor cantidad

teraba este principio. El suero, por el contrario, es mas abundante de lo regular; á veces es blanquecino y lechoso, porque encierra mayor cantidad de sustancias grasientas; contiene menos materiales sólidos, y su peso específico es mucho menor. Los médicos ingleses han pretendido ademas que se encontraba una cantidad bastante notable de urea en la sangre. Christison la ha hallado desde el noveno dia, y añádese que se encuentra igualmente en la serosidad derramada en el peritoneo. Pero los esperimentos hechos en Francia no han confirmado este último resultado, al paso que han probado la exactitud del primero.

Curso, dnracion y terminaciones de la forma aguda.—La nefritis albuminosa, lo mismo en la forma crónica que vamos á estudiar, rara vez sigue su curso uniforme; asi es que el edema puede ser mas ó menos marcado, disminuir, desaparecer y reproducirse de un dia á otro en la misma parte, sin que de esto pueda deducirse nada acerca de la mayor ó menor gravedad de la afeccion. La fiebre puede tambien disminuir, cesar y volverse á presentar, y en estas especies de parasismo vuelve á hacerse sanguinolenta la orina despues de haberse ya puesto descolorida. No hay síntoma en la afeccion de que nos ocupamos, que presente menos irregularidades que el estado albuminoso de este líquido. Cuando parece presentarse favorable la terminacion del mal, se hace mas abundante la orina, contiene menos albúmina, y se aumenta la cantidad de urea y de sales; cesa la fiebre, disminuye la anasarsa, sobrevienen sudores copiosos, y entran los enfermos en una convalecencia regular. En estos casos rara vez dura la enfermedad menos de dos septenarios, y muchas veces se prolonga hasta el fin del cuarto. La muerte es una terminacion mas frecuente que la curacion, y casi siempre se debe á alguna complicacion, sobrevenida principalmente en el pecho ó en el vientre. Sin embargo, mucho mas á menudo se calman y desaparecen los síntomas agudos de reaccion, y pasa la enfermedad al estado crónico.

Síntomas de la forma crónica.—La forma crónica de la nefritis albuminosa puede ser consecutiva á la aguda, pero las mas veces es primitiva. En este último caso, y antes que se note algun trastorno apreciable de las principales funciones de la economía, suele encontrarse una alteracion notable en la secrecion urinaria, sin embargo, hay algunos enfermos que desde el principio enflaquecen, se ponen pálidos y pierden las fuerzas. La alteracion de los riñones no tarda en producir la hidropesía. Esta puede presentarse muy poco despues de la alteracion de la orina, pero algunas veces media entre ellas un intervalo de muchas semanas y aun de muchos meses. La hidropesía se limita siempre al principio á una parte del cuerpo, como la cara, uno ó varios miembros, las paredes del pecho ó del vientre. El sitio, estension é intensidad de este edema varía mucho en el espacio de algunos dias; es mucho menos resistente que en la forma aguda, pero rara vez tiene la blandura de los edemas pasivos dependientes de un obstáculo de la circulacion. El cutis que cubre las partes infiltradas presenta un color blanco mate muy manifiesto. Por último, el edema se hace poco á poco permanente, se estiende á toda la superficie del cuerpo y ademas se forman derrames en el peritoneo, y tambien, aunque no tan á menudo, en las pleuras y el pericardio. En la forma crónica de la enfermedad de Bright es en la que se observan en el mas alto grado las alteraciones de composicion de la orina que ya hemos enumerado. Entonces es cuando este líquido se hace

poco abundante, claro, casi inodoro, de poquísima densidad, y precipitando abundantemente albúmina cuando se le trata por el calor ó el ácido azótico. Tambien es en esta forma de la afeccion en la que la sangre se altera mas profundamente; en este caso es en el que el suero se hace mucho mas abundante y mucho menos denso, pues su densidad, que en el estado natural es de 1,028 ó 1,029 segun Gregory, puede bajar á 1,013. La disminucion de los glóbulos puede ser tal que MM. Andral y Gavarret los han visto reducirse de 127 que es el número fisiológico, á 82 y aun á 61. En los casos simples los enfermos no tienen calentura y el apetito es mayor ó menor. Pero á poco que se prolongue la enfermedad sobreviene una diarrea mas ó menos abundante, sin cólicos, y que no influye generalmente en la disminucion de la anasarca.

En dos números de la *Union médicale*, de 1850, M. Landouzy anunció que en casi todos los individuos acometidos por la enfermedad de Bright, se nota que la vision se halla considerablemente debilitada, y añade que este accidente, que se produce con independencia del deterioro de las fuerzas, indica con frecuencia la enfermedad, y esta aparece entonces con los demás síntomas, desapareciendo y presentándose de nuevo, si bien sin seguir exactamente las fases del depósito albuminoso de la orina ó del edema.

Creo que la doctrina de M. Landouzy, fundada en un corto número de hechos es por lo menos exagerada. Yo no he notado aun el fenómeno de que él da cuenta, y creo por tanto que es muy raro, muy escepcional, independiente tal vez de la albuminuria, pues si existiese con tanta frecuencia como dice el hábil médico de Reims, no se comprenderia cómo ha podido pasar desapercibido hasta hoy. La debilidad de la vista, no lo negamos, es un efecto uno de los accidentes de que se quejan los enfermos sin que se fije en él la atencion. Pero de todos modos, se necesitan observaciones en mayor escala para determinar hasta qué punto son fundadas las ideas de M. Landouzy.

Curso y terminaciones.—El curso de la enfermedad en su forma crónica es sumamente desigual é irregular: su duracion no puede determinarse de una manera precisa, pues, como dice M. Rayer con mucha razon, es incalculable. En muchos enfermos la mejoría es suficiente para que puedan dedicarse á sus trabajos, y aun á veces desaparece del todo el edema; pero la orina continúa siendo albuminosa, ó si deja de coagularse por el calor, permanece mas ó menos pálida y conserva un tinte amarillo-claro, y al cabo de mas ó menos tiempo hay una recrudescencia. Son sumamente raros los casos de curacion completa y radical. Si algunos los creen bastante comunes, es porque á menudo no han combatido mas que casos de congestion sin alteracion bien pronunciada en la testura de los riñones. La muerte es la terminacion casi constante de la enfermedad, y sobreviene casi siempre á consecuenca del aniquilamiento que ocasiona la diarrea, ó bien de las erisipelas gangrenosas que se desarrollan en las estremidades inferiores ó en el tronco por efecto de la escesiva distension de los tegumentos, ó bien de resultas de una pneumonía ó de una pleuresía, ó de una pericarditis intercurrentes, y mas rara vez á consecuencia de una meningitis ó de accidentes apopléticos producidos por una sufusion serosa metastática en el cerebro.

Albuminuria de las mujeres embarazadas.—En la orina de las embarazadas se encuentra con frecuencia albúmina. M. Blot, que ha estudiado este pun-

to en una tesis que abunda en datos interesantes, he hallado una albuminuria 41 veces en 205 (1). No suele encontrarse esta afeccion sino en las primerizas, y en la mayor parte de casos, parece estar subordinada á una hiperemia renal y no á una lesion de testura de los riñones, y asi es que por lo comun se la ve desaparecer casi inmediatamente despues del parto. Algunos médicos, especialmente M. Cahen en Francia y M. Simpson en Inglaterra, han considerado la albuminuria de las embarazadas como una causa poderosa de eclamsia. M. Cahen cree ademas que predispone á los abortos y á los partos prematuros. M. Blot, despues de haber estudiado este asunto con asiduidad, ha obtenido resultados algo diferentes. Contra la opinion generalmente admitida, cree poco grave en general la albuminuria en las embarazadas, pues dice que 37 veces en 41 no se presentó acompañada de ningun accidente. A su ver, no ejerce ninguna influencia en el curso del embarazo, ni en el desarrollo y la vida del feto, ni en la duracion del parto, ni en la espulsion de las secundinas, ni en la secrecion de la leche. Solo dos accidentes le parecen mas ó menos enlazados con la existencia de la albuminuria, y son la eclamsia durante el embarazo y las hemorragias despues del parto. Al mismo tiempo que reconoce cierta relacion entre la albuminuria y la eclamsia, M. Blot no cree como MM. Simpson y Caen, que haya entre estos dos estados una relacion de causa á efecto, y se inclina mas bien á sospechar que son dos accidentes concomitantes que marchan paralelamente bajo la influencia de una misma causa, una congestion sanguínea que afecte á la vez los riñones y el eje cerebro-espinal. No le parece lo mismo respecto de la hemorragia que debe evidentemente producirse con tanta mas facilidad, cuanto que la albuminuria quita á la sangre una cantidad mayor de sus elementos plásticos.

M. Simpson no solo considera la albuminuria, cuando existe en el último tiempo del embarazo, como creadora de una tendencia de las mas marcadas á la produccion de las convulsiones puerperales, sino que piensa ademas que la lesion renal dé alguna vez orígen á otros trastornos del sistema nervioso, especialmente á parálisis locales, á neuralgias de las estremidades, á perturbaciones funcionales del oido, de la vista (amaurosis), á una periplegia ó á una hemiplegia. Pero estas opiniones del célebre comadron inglés no han recibido aun una sancion suficiente de los hechos.

Como quiera que sea, en el estado actual de la ciencia, debemos investigar en las embarazadas, sobre todo cuando presentan edema, si la orina es albuminosa, porque en este estado la mujer parece predispuesta á accidentes que con frecuencia es posible prevenir por medio de una higiene y un tratamiento apropiados.

Albuminuria de los recien-nacidos.—Me parece que la albuminuria debe ser muy rara en los niños de teta, pues no recuerdo haber leido ningun caso de ella en los autores. Por la primera vez tuve ocasion de observar un ejemplo de albuminuria en un niño en el año 1850. La enfermedad se reveló con los mismos signos que en el adulto. El edema siguió la misma marcha, y á mi ver en nada se parecia al edema duro de los recien-nacidos que tengo por una afeccion distinta. El niño, aunque colocado en las peores condiciones, consiguió sin embargo una curacion completa.

(1) *Thése de Paris*, 1849, n.° 229.

Diagnóstico.—Siempre que la orina albuminosa coincida con el desarrollo rápido de una anasarca debemos diagnosticar uno de los dos primeros grados de la nefritis albuminosa, porque en ninguna otra afeccion aguda se encuentran reunidos estos dos caracteres importantes. Aunque esto se aplica tambien á la forma crónica, no es sin embargo, de un modo quizas tan absoluto; porque no es raro encontrar albúmina en la orina de los sugetos afectados de enfermedades orgánicas del corazon ó de grandes vasos, aunque no padezcan los riñones mas que una de esas congestiones pasivas que se encuentran en la mayor parte de las demás vísceras. No obstante, en el caso de que nos ocupamos ahora, la presencia de la albúmina es un fenómeno muy pasagero, que desaparece casi siempre de un dia á otro: por otra parte, las alteraciones de la circulacion y el curso de la hidropesía que se ha desarrollado de abajo á arriba, nos permitirá referir á la verdadera causa, las infiltraciones y derrames serosos que se hallan bajo la dependencia de una enfermedad orgánica del corazon. Añadiremos ademas, que en estos casos, la composicion de la orina se halla poco alterada, pues conserva en efecto su color la proporcion de sus sales, y por lo tanto su densidad. Es preciso tambien saber, que siempre que la orina contenga pus, como sucede en la pielitis, en ciertos catarros vesicales y en el cáncer renal y vesical, todavía se puede descubrir en el líquido, por medio de los reactivos y el calor, la presencia de una pequeña porcion de albúmina; pero la existencia del pus y los síntomas concomitantes nos harán conocer que no existe la enfermedad de Bright. Se vé, pues, que la orina albuminosa puede encontrarse en el curso de muchas enfermedades; pero la cantidad de la albúmina en ninguna es tan considerable como en la que nos ocupa. Añadiremos tambien, que en esta última no solo es preciso atender á la existencia de la albúmina, sino á otras varias alteraciones del líquido, como su palidez, la disminucion de la urea, de sus sales y densidad. Estas modificaciones es muy raro se encuentren reunidas fuera de la enfermedad de que tratamos; y aun cuando existan de un modo continuo en un enfermo que no presenta todavía ningun otro signo de la nefritis albuminosa, debemos anunciar la existencia de esta, y podemos pronosticar que si el enfermo no sucumbe á consecuencia de una afeccion intercurrente, sobrevendrá tarde ó temprano una hidropesía general. Es muy importante saber que tratando la orina con el ácido nítrico, se obtiene un precipitado que no es siempre albuminoso, ó que no está al menos esclusivamente formado de albúmina, pues contiene frecuentemente urato de amoniaco y ácido úrico. Para distinguir estos precipitados complexos de los simplemente albuminosos, es menester, siguiendo el consejo de M. Rayer, examinarlos con el microscopio. La albúmina coagulada se presenta entonces bajo una apariencia particular laminosa, escamosa; la presencia de ácido úrico ó del urato de amoniaco, se halla indicada en el primer caso por cristales de ácido úrico, y en el segundo por un polvo amorfo, reemplazado luego por cristales análogos, cuando se ha ejercido completamente sobre esta sal la accion del ácido nítrico. Pero es mucho mas sencillo para obtener el mismo resultado, introducir el precipitado y una pequeña cantidad de orina en un tubo, y calentarlo á la luz de una lámpara, para ver cómo el calor vuelve á disolver todas las sales y respeta la albúmina. Si la orina no contuviese albúmina y el precipitado estuviese únicamente formado de uratos, el líquido, bajo la influen-

cia del calor, recobraría su transparencia. El esperimento por medio del calor, aunque preferible á todos los reactivos, es tambien insuficiente, porque si la orina fuere alcalina, precipitaria varias sales, especialmente los fosfatos; pero añadiendo de antemano ácido nítrico, se impediria su formacion ó bien si se hubiesen ya precipitado, los disolveria tratándolos con el mismo reactivo. La anasarca se halla lejos por sí sola de tener el valor diagnóstico que atribuimos á la orina albuminosa, aunque es un síntoma cuyos caracteres y curso la distinguen de casi todas las especies de hidropesías. Asi es que en la enfermedad de Bright, las partes infiltradas resisten mas á la presion, y la epidermis que las cubre es de un blanco mate que tiene algo de especial en esta enfermedad. La infiltracion empieza en el mayor número de casos por la cara ú otro punto mas ó menos circunscrito, y presenta en poco tiempo muchas irregularidades, pues en solo algunos dias aparece y se disipa sucesivamente, ocupando nuevas partes. Si la anasarca presenta los caracteres precedentes y la infiltracion sigue el curso indicado, podemos establecer, *casi de seguro*, que la hidropesía es sintomática de la alteracion de los riñones que dejamos descrita, en cuyo juicio creo no nos equivocaremos acaso una vez entre mil.

Por otra parte, casi siempre es la hidropesía la que indica la existencia de una enfermedad de Bright; pero ya hemos visto que en algunos casos, aunque muy raros, suele faltar este síntoma, y que la muerte sobreviene antes que llegue á manifestarse. La afeccion es entonces *latente*, y pasa casi siempre desapercibida, porque no se piensa en este caso en examinar las orinas, consistiendo las únicas alteraciones aparentes en la disminucion de la gordura y las fuerzas. Entonces es cuando los enfermos son acometidos repentinamente de algunos síntomas cerebrales ó de afecciones agudas de pecho, que los hacen pronto sucumbir, y en la autópsia se encuentra la alteracion característica de los riñones, que esplica todos los accidentes observados durante la vida. Estos hechos no son raros; nosotros hemos observado muchos, y deben inducir al médico á examinar la secrecion urinaria lo mismo que las demás funciones, siempre que trate de averiguar la causa orgánica que sostiene el malestar y el deterioro de la economía.

Pronóstico.—La enfermedad de Bright es una afeccion siempre grave. La que sobreviene de un modo agudo, sobre todo cuando sucede á la escarlatina, es una de las menos funestas. La disminucion del edema no basta por sí sola para establecer un pronóstico favorable, pues es preciso ademas que la albúmina disminuya y deje completamente de escretarse, y sin embargo ni aun en este caso tan favorable en apariencia, deberemos estar completamente tranquilos respecto de una recidiva mas ó menos próxima, sobre todo si la orina sigue descolorida, ó si conserva el color amarillo claro de que hemos hablado. No creais en este último caso que se haya curado la enfermedad; no veais en todo mas que una mejoría, pues notareis casi siempre que al cabo de mas ó menos tiempo, la albúmina reaparece en la orina, y se presenta de nuevo la anasarca. Esta recaida sobreviene frecuentemente despues de un enfriamieuto ó de un esceso en la comida; pero algunas veces tambien sin causa apreciable. Cuando la enfermedad es crónica desde el principio, el pronóstico es todavía mas grave, porque es sumamente raro que termine el mal favorablemente. La disminucion de la secrecion urinaria y de la urea, es un signo fatal. La poca

abundancia de la albúmina no debe inspirarnos ninguna seguridad, pues no es raro que los enfermos sucumban, aunque el coágulo albuminoso no sea muy abundante, y muchas veces al aproximarse la muerte suelen disminuir á la vez la hidropesía y la albúmina de la orina. Una constitucion deteriorada, ó bien la existencia de tubérculos, de escrófulas, de un cáncer, etc., hacen que sea incurable la afeccion de los riñones. Tambien es un signo muy funesto la diarrea abundante, pero las enfermedades intercurrentes que hacen mas próximo el peligro y ocasionan casi siempre la muerte, son las afecciones cerebrales, las neumonías, las pleuresías, la pericarditis y la erisipela gangrenosa.

Etiología.—La enfermedad de Bright es muy comun en París, y mucho mas frecuente que la diabetes. Ataca mas á menudo á los hombres que á las mujeres. Varios médicos han considerado que la preñez favorece el desarrollo de la afeccion conservando un estado de congestion en los riñones. Este es un hecho que resulta de las investigaciones de MM. Rayer, Cahen, Simpson y Blot; pero de nuevo debemos recordar aquí lo que dice este último observador, á saber: que rara vez se ven desenvolverse bajo la influencia del embarazo las lesiones que hemos descrito precedentemente como características de la enfermedad de Bright, limitándose todo á una simple hiperemia de los tejidos.

La albuminuria puede manifestarse en todas las edades, y yo la he visto desenvolverse pocas semanas despues del nacimiento. Pero puede establecerse que es rara antes de los diez años y despues de los sesenta, teniendo su maximum de frecuencia entre los treinta y cuarenta (Becquerel), y parece mas comun en invierno y en otoño que en todas las demás estaciones. El habitar en parajes bajos, húmedos, el esponerse habitual ó accidentalmente á la humedad y el enfriamiento del cuerpo, se han considerado, especialmente por M. Rayer, como las causas mas frecuentes de la enfermedad, por lo menos en Francia. M. Becquerel dice tambien que ha preexistido un enfriamiento en una quinta parte de los casos; pero son todavía poco ciertos los datos que tenemos sobre esta materia, y lo mismo puede decirse respecto á la influencia que se atribuye, sobre todo en Inglaterra, á los escesos venéreos, á los trabajos penosos, á las conmociones morales, á una alimentacion insuficiente, como igualmente al abuso de las bebidas alcohólicas consideradas por Christison como productoras de las tres cuartas ó cuatro quintas partes de las enfermedades de Bright. La enfermedad de Bright puede complicar la mayor parte de las afecciones crónicas, pero ninguna de ellas tiene, á mi parecer, una influencia bien positiva en su produccion, y creo por lo menos que es muy exagerado todo lo que se ha dicho sobre el papel que representan la tisis pulmonal, las enfermedades del corazon, del hígado y la sífilis constitucional. Entre las enfermedades agudas solo las fiebres eruptivas, especialmente la escarlatina, son las que producen con frecuencia en el período de descamacion una de las alteraciones de los riñones que caracteriza la enfermedad de Bright. En cuanto á la amenorrea es, como observa M. Rayer, mas bien efecto que causa de la albuminuria.

Tratamiento.—Cuando en la forma aguda es fuerte la reaccion febril y el enfermo bien constituido, deberán usarse los antiflogísticos, como una ó dos sangrías, pero rara vez mas, las sanguijuelas ó mejor las ventosas escarificadas aplicadas á los lomos, los cuales se cubrirán de cataplasmas emolientes y se administrarán ademas bebidas atemperantes, escitando tambien las funcio-

nes de la piel con los baños calientes ó de vapor, y manteniendo libre el vientre con los purgantes salinos. Cuando la enfermedad pasa al estado crónico ó aparece al principio bajo esta forma, el tratamiento es sumamente difícil, y casi siempre ineficaz. Aquí no pueden aplicarse los antiflogísticos, pues aunque el pulso y el estado de las fuerzas nos autoricen á usarlos, suelen aumentar casi siempre el edema. Tambien hemos administrado en vano los diuréticos, tales como el nitro, la escila, la digital en altas dosis, las tisanas de rábano silvestre, de parietaria, etc., pues, casi nunca hemos conseguido que se aumentara la cantidad de la orina, ni se modificase su composicion. Hemos ensayado igualmente una modificacion en el estado de los riñones con el uso de medicamentos que obren sobre la absorcion y nutricion, como los alcalinos, y sobre todo el mercurio, pero sin obtener resultado alguno. Las preparaciones mercuriales han solido aumentar las angustias del enfermo, llegando á producir el tialismo. En otros hemos procurado fortificar la constitucion por medio de los ferruginosos y de buenos alimentos, pero tampoco han sido mayores las ventajas. Hemos adoptado tambien el uso repetido de los baños de vapor simultáneamente con la administracion de los polvos de Dower, cuyos medios produjeron por sí solos en un caso un alivio rápido; pero la curacion no fue completa. Por último, los purgantes que hemos prescrito frecuentemente para combatir sobre todo la hidropesía, jamás han producido los efectos que esperábamos, y casi siempre nos hemos visto obligados á suspenderlos á causa de la diarrea, cuya mayor intensidad era debida tal vez al uso de estos remedios. Terminaremos la larga lista de los medicamentos que se han empleado inútilmente hasta el dia contra la enfermedad de Bright, citando el iodo, las cantáridas, la trementina, el ácido nítrico y el café. En siete ú ocho enfermos he empleado la tintura de cantáridas á la dosis de 6, 10, 15, 25 gotas. Con ella obtuve una curacion completa, y que debo creer definitiva, pues persistia aun dos años despues de la cesacion del tratamiento. Otro enfermo curó probablemente del mismo modo, y digo probablemente, porque le perdí enteramente de vista un mes despues de la curacion completa de todos los síntomas de la enfermedad. M. Hausen, de Trèves, y posteriormente el catedrático Forget y el doctor Wolf, discípulo suyo, han citado casos de curacion obtenidos por medio del ácido azotico. M. Hausen lo propina á la dosis de 1 dracma hasta 4 escrúpulos en una pocion de una libra. M. Forget rara vez ordena mas de 1 dracma de ácido en 1 libra de tisana. Yo he ensayado en cuatro enfermos este tratamiento, y en todos he sido muy desgraciado, pues no he podido mejorar en lo mas mínimo el estado de ninguno de ellos. Hasta llegué una vez á figurarme que el uso prolongado del ácido podia haber contribuido á provocar una diarrea colicuativa unida al reblandecimiento de la mucosa de los intestinos, y que acabó rápidamente con la vida del paciente. Como quiera que sea, fuerza es confesar que aun falta descubrir un remedio que sea eficaz para combatir la enfermedad de Bright, y repetir las palabras del hábil observador M. Martin-Solon, el cual dice que contra tan terrible enfermedad no basta un solo medicamento, sino que es preciso saber variar los remedios segun las indicaciones especiales que se presentan. Las complicaciones exigen algunos medios especiales; pero esceptuando la diarrea, que se calma con los opiados y el bismuto á alta dosis, la mayor parte de las demás complicaciones, y sobre todo las flegmasias viscerales, los accidentes en-

cefálicos y las erisipelas, se resisten á cuantos medios sugiere la razon.

Naturaleza.—M. Rayer considera la enfermedad de Bright de naturaleza inflamatoria, y hace de ella una forma especial de nefritis, que distingue de las otras llamándola *nefritis albuminosa*. El hábil observador que acabo de nombrar invoca á favor de su doctrina la inyeccion del tejido de los riñones, el aumento de volúmen, y algunas veces la ligera disminucion de consistencia que se observa en los dos primeros períodos de la enfermedad. Tambien invoca la infiltracion del tejido por una materia albuminosa que se encuentra en algunos casos escepcionales. Se puede combatir esta doctrina diciendo que si la enfermedad de Bright fuese realmente una inflamacion, se diferencia esta de las demás flegmasias renales por dos caracteres importantes, cuales son: el de afectar simultáneamente los dos riñones y el de no terminar jamás por supuracion, circunstancia tanto mas notable, cuanto que el riñon es uno de los órganos parenquimatosos que supuran mas fácilmente al inflamarse. Sé bien que M. Gluge ha pretendido descubrir glóbulos purulentos; pero M. Lebert, cuya competencia en micografía es incontestable, no ha encontrado jamás semejante producto, y teme que M. Gluge se haya dejado engañar por el epitelio de los canales uriníferos, el cual en realidad se parece mucho á los glóbulos purulentos (1). Razones hay para negar la naturaleza inflamatoria de la enfermedad de Bright, pues comparando las alteraciones que se encuentran en los dos primeros grados de la enfermedad, y las que caracterizan anatómicamente la nefritis franca y legítima, no se encuentra entre ellas ninguna semejanza. Nos parece imposible que se vea en las primeras mas que una congestion, la cual es tal vez el punto de partida de la alteracion profunda de nutricion que el tejido renal esperimenta. Las hábiles investigaciones de MM. Andral y Gavarret han robustecido con un poderoso argumento la doctrina que yo defiendo, pues ya he dicho que estos catedráticos, ni aun en la forma aguda de la enfermedad, habian hallado alteracion alguna en la proporcion de la fibrina. En cuanto á los diversos grados de la forma crónica de la enfermedad, nada tampoco revela un caracter inflamatorio; no se puede ver en ella mas que una degeneracion especial del tejido renal, en que la inflamacion no ha tomado parte alguna. ¿En qué consiste esta alteracion? Algunos, dejándose seducir por groseras apariencias, han admitido la existencia de un producto accidental, es decir, que se habia infiltrado en los tejidos la materia tuberculosa, lo que es un grande error que nada puede justificar. No es posible ver en las lesiones que caracterizan la enfermedad mas que una alteracion especial que resulta de la perversion de la nutricion, alteracion que podriámos colocar, como lo hace M. Becquerel, al lado de la cirrosis. M. Becquerel opina que las glándulas de Malpigio están dañadas, y que se hallan infiltradas de una linfa plástica de naturaleza especial, de que resultan su aumento de volúmen y su hipertrofia. Esta lesion tiene por efecto comprimir los tejidos interglandulares, las ramificaciones de los canales sanguíneos y urinarios, y hasta acarrear su obliteracion, como puede probarse por medio de una inyeccion, la cual, por sutil que sea, no puede penetrar. Las investigaciones microscópicas de Valentin, consignadas en el tomo I del periódico la *Expérience*, confirman en parte la manera de ver de M. Becquerel; pues si bien el hábil micógrafo ha hallado intactos los corpúsculos de Malpigio, ha visto que

(1) *Physiologie pathologique*, t. I, p. 446.

los conductos uriníferos tortuosos de la sustancia cortical, estaban llenos de una materia amarilla y algo cenicienta formada de partículas granulosas, irregulares, de volúmen indeterminado, de cuerpecillos moleculares y de glóbulos amarillos y redondos. M. Lebert ha observado tambien un derrame granuloso y albuminoso no solo en los canales uriníferos, sino que tambien en la sustancia renal intersticial, de modo que separaba los varios elementos fisiológicos del riñon. Tampoco seria raro, segun el mismo autor, hallar concreciones albuminosas en los corpúsculos de Malpigio. Por último, M. Stuart Cooper, en su tesis, apoyándose especialmente en la análisis química, ha creido que la obliteracion de los tubos renales estaba mas bien producida por sangre coagulada, y esplica los diferentes matices de los tejidos por el grado mas ó menos adelantado de la absorcion de las partes no fibrinosas del coágulo.

Es lo cierto que los riñones alterados de una manera tan profunda, tienen sus funciones pervertidas. M. Martin-Solon opina, que la sustancia cortical que es la primera que enferma, no hace sufrir á los materiales de la sangre mas que una elaboracion imperfecta. A pesar del testimonio de tan respetable y sabio médico, nosotros creemos mas bien que los riñones dejan pasar solamente ciertos elementos de la sangre como lo harian cribas inertes. Asi es como se encuentra el suero desprovisto de una gran parte de su albúmina, y asi es tambien como se ven pasar con frecuencia la materia colorante y los glóbulos atravesando el tejido renal. Esta alteracion consecutiva de la sangre esplica á la vez la formacion de las hidropesías, en virtud de esa ley de fisiologia segun la cual nuestros líquidos pasan mas fácilmente al traves de los tejidos cuando se hacen menos densos: esto sucede en efecto con la serosidad de la sangre despojada de una porcion de su albúmina.

ENFERMEDADES ESPECIALES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.

DE LA ASFIXIA.

Tomada la palabra asfixia en su sentido etimológico, significa falta de pulso. Pero el uso la ha consagrado hace ya mucho tiempo para designar la *muerte aparente que procede primitivamente de la suspension de los fenómenos respiratorios, ó mejor aun, de la suspension de la hematosis.*

Historia.—Aunque conocida desde muy antiguo, la asfixia no ha sido bien estudiada hasta en el siglo pasado. Morgagni, reasumiendo en su epístola XIX los trabajos de sus predecesores, y añadiendo á ellos sus propias observaciones, dió cierto impulso al estudio de la asfixia. En efecto, poco tiempo despues aparecieron sucesivamente los trabajos de Goodwin, Bichat, Pinel y Portal. Por último, han perfeccionado el tratamiento de la enfermedad y dado á conocer con mas claridad algunos puntos oscuros, varios de nuestros contemporáneos. Me bastará citar aquí los buenos trabajos de Edwards (1), y de Orfila (2), él

(1) *Influence des agents physiques.*
(2) *Secours aux asphysiés.*

igualmente los de MM. Berard (1), Piorry (2), Devergie (3), Leroy d'Etiolles (4), Marc (5).

Divisiones y causas ocasionales.—Pueden distribuirse las asfixias en dos grandes clases, atendiendo á sus causas ocasionales. En la primera se colocan las producidas por haber dejado de penetrar en los pulmones un fluido elástico; la segunda comprende todas las que son debidas á la introduccion en las vesículas pulmonales de un gas que no sirve para la hematosis.

Sobreviene la primera clase de asfixia cuando el cuerpo se encuentra sumergido en un medio que no es un fluido elástico: tal sucede, por ejemplo, cuando se sumerge en un líquido cualquiera, ó cuando se encuentra envuelto por un hundimiento de un terreno. Otras veces permanece el cuerpo sumergido en la atmósfera, y la asfixia sobreviene porque un obstáculo mecánico se opone á la introduccion del aire en las vesículas pulmonales. Este efecto producen las compresiones de las paredes del pecho por un cuerpo cualquiera pesado, como cuando un individuo muere estrujado por la muchedumbre. Otras veces se ejerce la compresion sobre la laringe, como en los casos de estrangulacion con suspension ó sin ella. Tambien pueden ser interiores los obstáculos á la penetracion del aire: tales son los producidos por la tumefaccion de las amígdalas, el edema de la glotis, la traqueitis ó la presencia de un cuerpo estraño en la laringe y los bronquios (falsas membranas, pólipos, mucosidades, cuerpos procedentes del esterior); ó bien la presion que ejerce un tumor colocado en el trayecto de los conductos aéreos: tales son ciertos flemones del cuello, ciertos bocios voluminosos, los cuerpos estraños detenidos en el esófago, los aneurismas de la aorta y los ganglios bronquiales tuberculosos.

Deben colocarse en la misma clase las asfixias producidas por un enfisema interlobular desarrollado repentinamente, por un doble derrame pleurítico, por una doble herida penetrante de pecho que permite la introduccion del aire en las dos pleuras y hace que se depriman ambos pulmones. Tambien producen el mismo efecto la elevacion del diafragma por las vísceras abdominales, ó la penetracion de estas en el pecho á consecuencia de una herida ó dislaceracion de este músculo. Finalmente, algunas veces el obstáculo á la introduccion del aire consiste en la parálisis de los músculos inspiradores, como se observa en las lesiones de la parte superior de la médula. La compresion y la seccion de los nervios neumo-gástricos pueden determinar tambien la asfixia; pero esta parece que sobreviene entonces á consecuencia de una parálisis de los bronquios, ó mas bien por hallarse abolida la sensacion de la necesidad de respirar. Por último, la contraccion espasmódica, convulsiva, de los músculos inspiradores, puede producir el mismo efecto que la parálisis, manteniendo inmóvil el tórax: esto es lo que se observa en muchos tetánicos que mueren asfixiados. Al lado de esta especie de asfixia por cesacion de la influencia nerviosa, se han colocado los efectos producidos por el rayo ó por un frio muy intenso y prolongado. Sin embargo, en la sideracion hay efectos múltiples procedentes de la conmo-

(1) *Dictionnaire de médecine*, articulo ASPHYXIE.
(2) *Traité des alterations du sang.*
(3) *Médecine légale.*
(4) *Journal de Magendie*, t. VII y VIII.
(5) *Secours aux noyès et aux asphyxiés.*

cion del cerebro, y á veces tambien de una accion asfixiante sobre los pulmones. En la congelacion, parece que los individuos sucumben mas bien á consecuencia de una congestion cerebral, que de una verdadera asfixia.

Hemos dicho que la segunda clase de asfixias comprendia todas las producidas por la inspiracion de un fluido elástico que no fuese aire atmosférico ú oxígeno. Los gases que pueden ocasionar asi la asfixia, obran de muchos modos. Los unos matan solo porque se oponen á la hematosis, porque no pueden reemplazar al aire: tales son el ázoe, el hidrógeno, y tal vez el protóxido de ázoe. Pero el mayor número se opone á la hematosis como los primeros, y ejerce ademas una accion tóxica particular: tales son los gases ácido carbónico y óxido de carbono, los ácidos sulfuroso y nitroso, el cloro, el amoniaco, los hidrógenos carbonado, sulfurado, arsenicado, etc. A causa de esta accion deletérea han creido algunos médicos, y nosotros con ellos, que estos gases producen mas bien un envenenamiento que una verdadera asfixia. Sin embargo, es preciso admitir uno y otro efecto. Algunos autores han llamado *positiva* la asfixia complicada con envenenamiento, y *negativa* la que procede únicamente de la privacion del aire. Pero estas denominaciones son inexactas, y en el dia no están en uso.

Alteraciones cadavéricas que se encuentran en los asfixiados.—En los individuos que mueren de asfixia, la sangre es mucho mas negra de lo regular; casi siempre está fluida, es mas abundante en las venas, y casi no hay nada en el sistema vascular rojo; otras veces, por el contrario, se encuentra casi en igual cantidad en las arterias y en las venas. La mayor parte de los órganos están infartados de ella, especialmente los pulmones y el hígado, que se notan mas pesados, mas voluminosos y generalmente amoratados al esterior. Todo el sistema de la vena porta está distendido; la mucosa gastro-intestinal inyectada y negruzca. Cuando la muerte sobreviene rápidamente, están vacías, ó poco menos, las cavidades del corazon, y las paredes duras y contraidas. Por el contrario, en las asfixias lentas se encuentra mucha sangre en el corazon; pero es mas abundante en las cavidades derechas que en las izquierdas. En todos los casos, las venas y los senos cerebrales están llenos de sangre, y el cerebro se presenta punteado cuando se corta; muchas veces se encuentra serosidad que distiende los ventrículos é infiltra el tejido celular sub-aragnoideo. Finalmente, el cutis presenta en muchos puntos, y con especialidad en la cara, un color violado debido al infarto de sus capilares, que difiere de las lividéces cadavéricas en que no puede esplicarse por la posicion del cadáver. No solo el hígado está atestado de sangre, sino que M. Bouisson añade que en la asfixia de curso lento, la bilis es mas abundante, y toma un color mas oscuro, y se vuelve hasta sanguinolenta, de lo que el sabio catedrático de Mompeller deduce que el hígado en la asfixia esperimenta un aumento de accion para eliminar mas carbono á fin de suplir con su energia la de los pulmones (1). Se ha dicho que los asfixiados conservaban mucho tiempo el calor, y que la rigidez cadavérica era mas notable y prolongada en ellos que en los que morian de otras enfermedades; pero estos caracteres varian mucho, segun la temperatura, la especie de asfixia y la mayor ó menor rapidez con que ha sobrevenido la muerte.

Síntomas y curso.—La suspension de la respiracion, ó mas bien de la he-

(1) *Académie des sciencies* sesion del mes de mayo del año 1843.

matosis, va acompañada de trastornos particulares. Al principio esperimentan los enfermos un sentimiento de angustia inesplicable, se quejan de una constriccion penosa hácia la laringe y el esternon; el tórax está agitado de movimientos violentos; se notan en ellos pandiculaciones y bostezos. Bien pronto participan de los trastornos funcionales los centros nerviosos; hay pesadez de cabeza, vértigos, aturdimiento y ruido de oidos; se debilita la inteligencia; se suspenden las funciones sensoriales, y no pudiendo contraerse los músculos, queda sin moviento el sugeto, y cae si estaba en pié. El hábito esterior revela entonces la dificultad con que se verifica la circulacion; la cara está hinchada y azulada; los labios abultados y violados; los ojos húmedos y prominentes; las conjuntivas inyectadas; las venas yugulares dilatadas por la sangre; la nariz, las orejas, las manos y los piés tienen un color violado; todo el cutis está jaspeado y lleno de cardenales; las pulsaciones del corazon, desiguales é intermitentes, se van dilatando cada vez mas; por último, los movimientos respiratorios, cada vez mas lentos, se suspenden del todo, y casi en seguida cesan las pulsaciones del corazon. Entonces se encuentra el enfermo en una inmovilidad completa, y su estado solo difiere de la muerte, por la conservacion de calor animal y la falta de rigidez.

Estos fenómenos que acabo de enumerar se suceden con mas ó menos rapidez, segun la causa que determina la asfixia. Cuando la respiracion se suspende de repente, como en los casos de estrangulacion, ó cuando el paciente se encuentra sumergido ó cubierto de tierra, ó metido en una atmósfera de ázoe ó de hidrógeno, etc., se manifiesta casi al momento, es decir, al cabo de treinta ó cuarenta segundos la angustia de que hemos hecho mencion. Al cabo de un minuto ó minuto y medio, está ya azulada la cara, las funciones cerebrales obtusas; en una palabra, es completo el aplanamiento, y no tardan en suspenderse la respiracion y la circulacion. Si, por el contrario, la suspension de la respiracion no es completa, no es definitiva, si el paciente puede introducir de cuando en cuando una pequeña cantidad de aire en los pulmones, como suele suceder en la sumersion, los síntomas se suceden con menos prontitud y energía. Por último, si la suspension de la respiracion es gradual, como cuando un obstáculo que va tomando incremento de dia en dia impide la introduccion del aire en los pulmones, sobrevienen lentamente los síntomas de asfixia, y no tienen la intensidad que hemos notado en los casos precedentes. Como aquí no está interrumpida la hematosis, y sí solo es incompleta, sienten los enfermos ansiedad y opresion esternal; la cara se hincha; los labios se ponen violados; las facultades intelectuales y sensoriales están cada vez mas obtusas; las manos se enfrian y ponen azuladas; toda la epidermis se cubre de un sudor viscoso; el pulso es pequeño, desigual é intermitente, y la percusion indica un aumento de volúmen, á espensas principalmente de las cavidades derechas donde se estanca la sangre; por último, sobreviene la muerte lentamente; algunas veces, por el contrario, sobreviene de repente y cuando parecia que los enfermos habian de vivir aun muchas horas. Esta especie de asfixia de curso lento es la terminacion de muchas enfermedades de las vias aéreas, y especialmente del edema de la glotis, el crup, la bronquitis capilar, el enfisema pulmonal, etc. Los síntomas pueden durar muchos dias seguidos, ya agravándose sin cesar, ya presentando de cuando en cuando alguna remision. En resúmen,

la axfisia es tanto mas rápida y la muerte tanto mas pronta, cuanto mas completa é instantánea es la sustraccion del aire.

La mayor parte de los sugetos en quienes la asfixia es completa, sucumben sino se emplean pronto los medios propios para volverlos á la vida. Si la hematosis se suspende por espacio de cinco ó seis minutos, es raro que vuelvan en sí los enfermos. Se citan, sin embargo, hechos numerosos de sugetos que han estado enterrados ó sumergidos en agua ó ahorcados quince minutos, una hora, diez y seis, cuarenta y ocho, setenta y dos y aun mas, sin haber muerto; pero la mayor parte de estos hechos no son auténticos, y la prolongacion de la vida mas allá del término ordinario se esplica en algunos por un estado sincopal que, suspendiendo mas ó menos las pulsaciones del corazon, ha impedido que se verifiquen los efectos de asfíxicos: luego que conozcamos el mecanismo de la asfixia esto se comprenderá fácilmente.

Cuando se consigue que un asfixiado vuelva en sí, se empiezan á sentir algunos movimientos oscuros, ó mas bien una especie de estremecimiento en la region precordial; las costillas se levantan un poco; las pulsaciones del corazon empiezan á ser sensibles; el pulso se hace perceptible, y la respiracion va siendo cada vez mas completa; por último, se restablece el calor poco á poco y desaparece el color azulado. Pero la mayor parte de los enfermos sienten por espacio de mas ó menos tiempo malestar, cansancio, cefalalgia, dolores en los miembros, y algunos presentan todos los síntomas de una congestion ó inflamacion visceral.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la asfixia siempre es fácil. El conmemorativo, el conocimiento de las causas á que se ha espuesto el sugeto, indicarán la naturaleza de los accidentes que se observan. Ninguna afeccion cerebral puede confundirse con la asfixia; porque si bien en las afecciones cerebrales suele haber resolucion general, nunca está completamente suspendida la respiracion. El síncope es la única enfermedad que ofrece alguna semejanza con la asfixia; pero la falta de las causas que ocasionan esta, la pérdida del conocimiento y la abolicion del pulso antes que se presente ningun fenómeno morboso de la respiracion, la palidez de la cara y de todo el cuerpo, la prontitud con que se restablece la vida por la posicion horizontal y la inclinacion de la cabeza hácia abajo, harán conocer el síncope. Mucho mas difícil es distinguir la asfixia completa de la muerte verdadera. Lo mismo que en el síncope se auscultará el corazon con el mayor cuidado, pues si persiste aun la vida, se percibirán de tarde en tarde algunos débiles latidos. Sin embargo, si este signo faltase, á no ser que existan ya la rigidez cadavérica ó la putrefaccion, es necesario, sea cual fuere el tiempo que haya que el sugeto está asfixiado, emplear los medios á propósito, para hacerle volver en sí; porque, como dice muy bien el catedrático Bérard, no es fácil decidir en qué época reemplaza la muerte real á la aparente.

Pronóstico.—La asfixia es tanto mas grave y son tanto menores las esperanzas de hacer volver en sí al sugeto, cuanto mas difícil es separar la causa que la ha producido y cuanto mas tiempo ha estado obrando. Por último, en igualdad de circunstancias, la asfixia producida por un gas tóxico, es mas grave que la que resulta de un simple obstáculo mecánico á la penetracion del aire.

Tratamiento.—El médico llamado para socorrer á un asfixiado debe ocu-

parse primeramente en destruir ó separar las causas que han producido la asfixia; despues empleará diversos medios, unos aplicables á todas las asfixias, y otros peculiares de ciertas especies: los examinaremos, de consiguiente, al tratar de cada una de ellas.

Casi todos los médicos están conformes en que, para hacer volver en sí á los asfixiados, es preciso reanimar los movimientos respiratorios, y de consiguiente la accion del corazon. Con este objeto se ha aconsejado escitar el calor por la superficie del cuerpo con hierros calientes, se han aconsejado tambien las fricciones secas ó irritantes en el espinazo y en los músculos pectorales, y escitar las membranas mucosas, que tienen la propiedad de conservar mucho tiempo su irritabilidad. Para esto se administran los estornutatorios, se titilla la campanilla, se quema azufre debajo de la nariz, y se echan lavativas purgantes ó simplemente estimulantes. Se han preconizado tambien las insuflaciones de aire caliente en el recto, y sobre todo las insuflaciones con el humo de tabaco. Pero no parece que estos medios sean muy útiles, y hasta podrian ser peligrosos si se distendiesen demasiado los intestinos, porque esta distension se opondria á que se bajase el diafragma, y por consiguiente á que la respiracion se restableciese. Por último, se obra directamente sobre los músculos inspiradores, haciendo ejecutar al pecho movimientos alternativos de elevacion y de presion segun se verifica en el acto de la respiracion. MM. Thillaye y Leroy han publicado algunos hechos que parece que prueban la utilidad del galvanismo. En efecto, si se introduce una aguja fina entre la octava y novena costilla de modo que tropiece con una de las inserciones del diafragma; si despues se establece una corriente con una pila, puede contraerse al momento el diafragma y verificarse una inspiracion. Si se consigue esto, se interrumpe la corriente durante la espiracion, para restablecerla en seguida y provocar una nueva inspiracion. Con el mismo objeto se han aconsejado las insuflaciones de aire. Casi siempre se hacen estas de boca á boca, procurando cerrar las narices del individuo á quien se quiere hacer volver en sí y de mantener fuera su lengua con una erina. Se ejercen al mismo tiempo en el tórax presiones metódicas que imiten los movimientos de inspiracion y espiracion. Verdad es que se ha acusado á la insuflacion directa de no hacer penetrar en los pulmones mas que una pequeña cantidad de aire, y aun este mas ó menos alterado, por lo que se ha tratado de practicar las insuflaciones por medio de un fuelle adaptado á la estremidad de una sonda que se introduce hasta la laringe. Esta práctica parece que ha sido útil muchas veces; pero exige grandes precauciones, y es necesario tener cuidado de no empujar el aire con demasiada fuerza; porque M. Leroy d'Etiolles ha demostrado que procediendo de este modo se romperian las vesículas pulmonales y sobrevendria un enfisema muy prontamente mortal. En lugar de insuflar el aire, algunos, entre ellos M. Albert, aconsejan servirse de la cánula laringea y del fuelle que á ella se adapta para aspirar el resto de aire contenido en los pulmones. Este es, como se ve, un procedimiento opuesto al anterior. Esta aspiracion, en efecto, da frecuentemente por resultado despertar, escitar al pulmon, el cual empieza desde luego á respirar, como para volver á coger el aire que le han quitado. En resúmen, la insuflacion hecha de boca á boca, no teniendo ninguno de los inconvenientes de los otros métodos y siendo, por otra parte, bastante eficaz, debe ser preferida.

La insuflacion ha dado sobre todo buenos resultados en este estado complexo que se llama asfixia de los recien-nacidos. Inmediatamente despues de nacer, cuando el niño está sin movimiento, sin respiracion y sin pulso, cuando está entumecida su cara y sin color su cuerpo, cuando por la inspeccion de la boca y de la faringe nos hemos asegurado de que ningun vicio de conformacion ni cuerpo alguno estraño se opone á la introduccion del aire, cuando las fricciones escitantes, los baños calientes y aromáticos y los chorros de agua fría echada á la cara han sido inútiles, cuando se ha procurado en vano escitar las mucosas introduciendo aguardiente en la boca, una pluma impregnada de vinagre en la faringe y en las ventanas de la nariz, etc., es necesario practicar la insuflacion. M. Depaul ha tenido el mérito en estos últimos tiempos de rehabilitar este método y ha salvado á niños que estaban ya abandonados como muertos. Se sirve de la cánula de Chaussier, que la introduce en la laringe, y para impedir el reflujo del aire, coge las alas de la nariz y los labios á los dos lados de la cánula, al mismo tiempo que por medio de una presion moderada con el instrumento, aplica la pared anterior del esófago contra la posterior. M. Depaul cree que son necesarias de diez á doce insuflaciones por minuto y continuarlas mucho tiempo, porque algunas veces no se consigue hacer dar á los niños señales de vida hasta despues de una hora ú hora y media de asiduos cuidados. Este método ha sido tambien recomendado en la *Union médicale* de 1852, por el doctor Marchant, de Charenton, el cual insiste igualmente en la necesidad del calor por medio de pañales, á fin de calentar el niño si se ha puesto ya frio.

La sangría, que ha sido muy preconizada en la mayor parte de las asfixias, no conviene sin embargo mas que en algunas, cuales son las asfixias por suspension ó por estrangulacion, por ejemplo, cuando la congestion cerebral es fuerte, y cuando se supone que la compresion del cerebro es un obstáculo al restablecimiento de las funciones respiratorias y circulatorias. Pero por lo comun seria peligroso empezar el tratamiento con una evacuacion sanguínea.

Consideramos casi inútil decir que no deberá administrarse bebida alguna á un asfixiado hasta que la deglucion se ejerza libremente. Intentar otra cosa seria esponerse á hacer penetrar una parte del líquido en las vías aéreas.

Teoría de la asfixia y modo de verificarse.—Es muy curioso saber cómo se verifica la asfixia, y la solucion de este problema ha ejercitado desde el último siglo la sagacidad de los fisiólogos, que han propuesto diferentes esplicaciones. En tiempo de Haller se creia que, cuando se suspendia la respiracion, los pulmones dejaban de ser permeables á la sangre, á causa del aplastamiento de su tejido y del estado tortuoso de sus vasos, lo cual impedia que la sangre llegase al ventrículo izquierdo, y ocasionaba la suspension definitiva de la circulacion, y la muerte aparente seguida bien pronto de la verdadera. Esta teoría, contraria á los resultados que suministran las autópsias, no tardó en ser combatida por Goodwin, el cual, en una memoria muy notable publicada y premiada en Londres en 1788, demostró que la suspension de la respiracion no impedia que la sangre atravesase los pulmones y llegase á las cavidades izquierdas del corazon. Su opinion es que dejando de arterializarse la sangre en la asfixia, y conservando las cualidades de la sangre venosa, no puede escitar ya las contracciones de la aurícula y ventrículo izquierdos; y como estas partes dejan de obrar, se verifica la asfixia. Se ve, pues, que en concepto de Goodwin, resulta

la muerte aparente, lo mismo que en la teoría de Haller, de una suspension de la circulacion; con la diferencia que este último creia que el obstáculo consistia en la impermeabilidad del pulmon, y el primero le coloca en la falta de contraccion del corazon izquierdo, que, no recibiendo ya sangre arterial, deja de contraerse por falta de estímulo.

Esta teoría, que causó en el mundo sabio una sensacion profunda, fue bien pronto reemplazada por la de Bichat. Este gran fisiólogo reconoció, como Goodwin, que la sangre no arterializada tenia una virtud estupefaciente; pero demostró que esta sangre no detenia, como se habia dicho, las contracciones del corazon. Provó, por el contrario, que, contrayéndose todavía durante algun tiempo despues de verificada la asfixia, enviaba el corazon á todos los órganos una sangre completamente negra, incapaz de mantener su accion, ya porque no fuese bastante estimulante, ya porque ejerciese sobre ellos una influencia deletérea y casi tóxica. Para probarlo, hizo un esperimento que es ya célebre. Colocó una llave ó espita en la tráquea de un animal y otra en una de sus carótidas, y cerrando luego la primera para impedir que el aire llegase á los pulmones, veia volverse negra la sangre que se escapaba del vaso, al paso que mientras la espita abierta permitia la entrada del aire en los pulmones, la sangre salia casi inmediatamente roja, rutilante, y enteramente arterializada. Con arreglo á la teoría de Bichat es la asfixia un fenómeno general producido al mismo tiempo en todos los órganos. Estos mueren simultáneamente, no por la suspension de la circulacion, sino porque dejan de recibir sangre arterial, y esto es tan cierto, que cuando los individuos espuestos á una causa asfixiante son atacados de un síncope antes que se haya suspendido completamente la respiracion, puede prolongarse la vida mucho tiempo, y estos enfermos pueden recobrarse mas fácilmente, porque á causa de la suspension de la circulacion, que es el fenómeno primitivo del síncope, no han podido impregnarse sus órganos de sangre venosa. Como la sangre negra es incapaz de suministrar los materiales necesarios a las secreciones, á las exhalaciones y á la nutricion, parece mucho mayor su cantidad que en los sugetos que sucumben de resultas de cualquiera otra enfermedad.

Tal es la brillante y sólida teoría que Bichat ha desarrollado en sus *Recherches sur la vie et la mort*. Despues de haberse generalizado en todas las escuelas, ha sido últimamente objeto de algunos ataques. Ph. Kay, fisiólogo inglés, ha tratado de derribarla, exhumando las ideas que preponderaban en tiempo de Haller. Ha sostenido, combatiendo á Bichat, que durante la suspension de la respiracion se suspendia la circulacion pulmonal, se estancaba la sangre en las cavidades derechas, y las izquierdas quedaban vacías, y no siendo ya escitadas dejaban de contraerse. Digamos con M. Bérard que Kay no ha destruido la teoría de Bichat; únicamente ha rectificado algunas inexactitudes, ó mas bien algunas exageraciones en que habia incurrido nuestro fisiólogo. Asi, pues, en el dia hay que admitir que durante la suspension de la respiracion es menos activa la circulacion pulmonal, y se verifica con trabajo, y que la sangre venosa no tiene una influencia tan deletérea como suponia Bichat, pues inyectándola en un miembro puede restablecerse momentáneamente la irritabilidad galvánica en los músculos en que se habia destruido á consecuencia de la falta de circulacion. Sin embargo, es indudable que debe atribuirse á la accion propia

de la sangre venosa, y de ninguna manera á falta de circulacion, la suspension de las funciones cerebrales que se observa desde el principio de la asfixia antes que las pulsaciones arteriales hayan dejado de agitar la masa encefálica.

DE LAS PRINCIPALES ESPECIES DE ASFIXIAS PRODUCIDAS POR UN OBSTÁCULO MECÁNICO Á LA ENTRADA DEL AIRE EN LOS PULMONES.

Vamos á hablar en particular de tres especies principales de asfixias producidas por un obstáculo mecánico á la libre entrada del aire en los pulmones. Estas asfixias son: 1.° la asfixia por compresion del tórax; 2.° la asfixia por estrangulacion; 3.° la asfixia por sumersion.

DE LA ASFIXIA POR COMPRESION DEL TÓRAX.

La asfixia por compresion del tórax se observa en los individuos sorprendidos por un derrumbamiento, que quedan enterrados entre escombros, ó se hallan apretados entre un gentío inmenso, en cuyos casos es casi instantánea la muerte. Si la presion esterior es fuerte, sobreviene mas bien un síncope que una asfixia, como lo prueba la autópsia. Si la compresion es menos violenta ó menos continua, pueden hacer todavía los pacientes algunas pequeñas inspiraciones de cuando en cuando, y la muerte sobreviene en este caso en medio de todos los síntomas de la asfixia, acompañada de una congestion considerable hácia la cabeza. Los veinte y tres sugetos que murieron sofocados en medio del gentío inmenso que habia en el campo de Marte el dia 14 de junio de 1837, presentaron todos un color violado, y equímosis en la cara, en el cuello y hasta en el pecho. La conjuntiva ocular estaba equimosada y levantada como en el quimosis; tenian en la boca una espuma sanguinolenta, y muchos arrojaban sangre por las narices y los oidos. En todos estos sugetos habia sido tan fuerte la presion del tórax, que ocho ó diez presentaban fracturas de muchas costillas.

Estas lesiones traumáticas y la intensidad de la congestion cerebral, hacen en estremo grave esta especie de asfixia. Todavía no se sabe cuál sea su duracion media.

Como las investigaciones necroscópicas han demostrado que la muerte era debida en estos casos á la suspension de la respiracion, y muchas veces tambien á una violenta congestion cerebral, resulta que el tratamiento debe dirigirse simultáneamente contra estos dos estados. Asi, pues, se tratará de restablecer la respiracion por los medios anteriormente indicados, y se combatirá la congestion cerebral con la posicion casi vertical de la cabeza y las evacuaciones de sangre: en tales circunstancias podrá ser útil y quizás preferible la sangría de la yugular.

DE LA ASFIXIA POR ESTRANGULACION Y POR SUSPENSION.

Sabido es que la estrangulacion consiste únicamente en la simple constriccion del cuello, practicada por lo comun por medio de un lazo. En la suspension

se encuentra ademas colgado el sugeto del lazo que le oprime el cuello, y se concibe que en este caso el peso del cuerpo aumenta mucho los efectos de la constriccion.

Las investigaciones cadavéricas han demostrado que los ahorcados podian morir de cuatro modos diversos: 1.° por congestion cerebral; 2.° por asfixia; 3.° por congestion y asfixia á la vez; 4.° por lesion de la médula espinal. En efecto, una fractura, una diástasis ó una luxacion de las primeras vértebras, pueden producir una parálisis de los músculos inspiradores, seguida de una muerte casi instantánea; pero este es un hecho muy raro. En el mayor número de casos, lo mismo los ahorcados que los simplemente estrangulados, mueren á la vez por asfixia y por congestion cerebral. Esta simple indicacion revela cuáles son las lesiones que se encuentran en los cadáveres. La cara, al proceder á la autópsia, se ve que está unas veces pálida y casi natural; otras inyectada, hinchada y amoratada; la lengua puede salir fuera de los dientes, y entonces está amoratada é infartada; los ojos están inyectados y húmedos; puede salir sangre por los oidos, la boca y la nariz. El tegumento del cuello presenta la impresion de uno ó muchos surcos transversales ú oblicuos muy distintos, segun la forma, número y direccion de los lazos empleados. En este sitio están á veces los tegumentos morenos, secos, como un pergamino, á causa de la presion que han sufrido; el tejido celular sub-yacente está blanco, seco, ó bien húmedo y tiene un aspecto argentino; rara vez se observan equímosis. Por último, los músculos, los vasos, los cartílagos de la laringe y las vértebras, pueden presentar diferentes lesiones que no podemos enumerar aquí; pero que se encuentran perfectamente descritas en las obras de medicina legal, porque servirán muchas veces para determinar si la suspension ha sido voluntaria ó no, y si se ha verificado antes ó despues de la muerte.

Segun el testimonio de algunos ahorcados que han tenido la suerte de volver en sí, y de otros individuos que se han dejado llevar de la arriesgada curiosidad de esperimentar en sí mismos los efectos de la suspension, se sabe que poco despues de apretar el lazo esperimentan algunos una sensacion de placer, una ereccion del pene con eyaculacion voluptuosa; pero bien pronto se turba la vista; parece que revolotean llamas azuladas por delante de los ojos; sobreviene la pérdida del conocimiento, y no tarda en sucederla la muerte verdadera. Sin embargo, no siempre sucede lo mismo: algunos ahorcados parece que padecen mucho, segun lo que espresa su fisonomía; sus miembros parecen agitados de movimientos convulsivos, porque algunas veces se hallan los superiores contracturados, y los dedos tan sumamente doblados que las uñas se hincan en el cutis. Las erecciones que se notan en gran número de ahorcados, no siempre están seguidas de eyaculacion. Los unos esplican las erecciones por las tracciones que esperimenta la médula espinal; otros las atribuyen á un fenómeno mecánico de hipostasis debido á la posicion vertical del cuerpo. Esta última esplicacion del fenómeno no parece muy acertada. Acabamos de decir que algunos ahorcados tienen conciencia de su ereccion, y que la eyaculacion les produce un sentimiento de voluptuosidad. Todo esto prueba que el fenómeno se halla, como siempre, bajo la influencia del sistema nervioso.

Generalmente es imposible determinar, al ver un ahorcado, si solo está suspendida la vida ó enteramente estinguida, y si los accidentes dependen de

una asfixia ó de una violenta congestion cerebral. Sin embargo, hemos dicho que por lo comun existian simultáneamente estas dos causas de muerte; este conocimiento importa poco para el tratamiento, que será el mismo en ambos casos.

El pronóstico es tanto mas grave cuanto mas fuerte y prolongada ha sido la constriccion. No puede fijarse el término, pasado el cual no hay esperanza de hacer volver en sí á los pacientes. En efecto, se cita el ejemplo de muchas personas que han permanecido colgadas por espacio de una ó muchas horas, una noche ó un dia entero sin que sobreviniese la muerte. Pero estos casos escepcionales dependen de la direccion y grado de constriccion del lazo, y principalmente de alguna circunstancia anatómica que ha impedido que la cuerda comprima y aplaste la laringe; tal es, por ejemplo, la osificacion del cartílago cricóides.

Las reglas del tratamiento son las mismas en la asfixia por compresion del tórax.

DE LA ASFIXIA POR SUMERSION.

La asfixia por sumersion, es la que sobreviene cuando la cabeza se halla sumergida en un líquido.

En la sumersion ordinaria, el sugeto, despues de haber penetrado á mayor ó menor profundidad en el agua, no tarda en volver á subir á la superficie á consecuencia de los movimientos que ejecuta instintivamente. Entonces hace una inspiracion, durante la cual penetran á la vez en los pulmones el aire y el agua, lo cual escita esfuerzos de los que producen la pronta espulsion del aire, y hacen mas imperiosa la necesidad de respirar. Por último, despues de haber subido una ó varias veces á la superficie del agua, no se encuentra ya el ahogado con fuerzas para sobrenadar; entonces nada entre dos aguas con la boca abierta, y esto permite que se introduzcan en el estómago hasta dos ó tres cuartillos de agua, y no tarda en bajar al fondo, que es la señal de que ha dejado de existir.

Se han emitido diversas opiniones acerca del modo cómo morian los individuos sumergidos. Muchos se lo esplicaban por el aplastamiento de los pulmones, la alteracion del aire que contienen, el descenso de la glotis, el agua que penetra en los bronquios y aun en el estómago, á pesar de que no se encuentra nunca en esta víscera una cantidad de agua considerable. Pero en el dia todos están conformes en que los ahogados mueren del mismo modo que los asfixiados por cualquiera de las otras causas que impiden la introduccion del aire en los pulmones, como lo prueban tambien las autópsias. Sin embargo, se observa con bastante frecuencia que en la sumersion sobrevienen diversas lesiones accidentales que pueden ocasionar por sí solas la muerte, ó por lo menos acelerarla, uniéndose á los efectos de la asfixia. Asi es, que si un sugeto, al caer en el agua, da con la cabeza en una estaca ó en una piedra, podrá resultar de aquí una conmocion del cerebro casi instantáneamente mortal. Otras veces la impresion súbita del frio, rechazando los líquidos, produce una apoplegia fulminante. Por último, algunos individuos, sobrecogidos por el agua y á consecuencia del terror que les causa el accidente, caen al momento en un síncope, y

mueren sin presentar signos de asfixia. Resulta de lo que precede que los ahogados pueden morir de cinco maneras distintas: 1.° por asfixia, que es el caso mas comun; 2.° por síncopes; 3.° por conmocion cerebral; 4.° por apoplegía; 5.° por varias de estas causas reunidas.

La muerte es mas ó menos rápida, y en ella influye una multitud de circunstancias poco estudias todavía y que suelen depender de disposiciones individuales. Asi es que se ha reconocido que es mas rápida, como dice Spallanzani, la muerte en el agua caliente que en la fría, porque la primera tiene menos aire; pero en el mayor número de casos no puede decirse por qué motivo en unos bastan uno, dos ó tres minutos para producir la muerte, al paso que otros vuelven en sí despues de haber estado mucho tiempo debajo del agua, Por punto general puede volverse á la vida á todos los que no han estado sumergidos mas que cuatro ó cinco minutos; pero si han estado mas de un cuarto de hora, casi siempre es inútil todo socorro. Pasado este término puede decirse que el caso es desesperado, á pesar de que se citan individuos que han vuelto en sí al cabo de treinta ó cuarenta minutos; pero en estos casos ha debido haber mas bien síncope que asfixia. En cuanto á las historias de los sugetos que han estado muchas horas y aun muchos dias en el agua sin morir, ya hemos dicho antes que estas historias no nos merecen mucha confianza.

Cuando se saca al paciente del agua despues de haber estado en ella de cinco á quince minutos, presenta la cara pálida y á veces violada; los piés y las manos suelen participar de este color; la lengua está á veces hinchada, azulada y comprimida entre los dientes; todo el cuerpo está mas ó menos frio, y los miembros en resolucion; por último, el hábito esterior suele presentar ademas diversas particularidades, que no teniendo aplicacion sino á la medicina legal, no son de este sitio.

Tratamiento.—Cuando se saca un sugeto del agua se le desnudará inmediatamente y se le secará con una sábana caliente. Se le colocará con la cabeza levantada y un poco inclinada á un lado, para facilitar la salida de los líquidos contenidos en la boca y en las vías aéreas. Despues se emplearán los medios anteriormente indicados al hablar de la asfixia en general. En los ahogados sobre todo se aconsejan especialmente las fricciones secas y aromáticas, las insuflaciones de aire y la electro-puntura; la sangría solo está indicada cuando es considerable la congestion hácia la cabeza, y suele ser mas necesaria despues que el individuo ha vuelto en sí y se presenta la reaccion. No es raro, en efecto, que á las pocas horas de haber vuelto en sí los ahogados, se vean acometidos de fiebre y delirio, y esto exige el uso de los antiflogísticos y revulsivos.

ENFERMEDADES ESPECIALES DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

DE LA MENSTRUACION Y DE SUS TRASTORNOS.

Sabido es que la mujer tiene periódicamente todos los meses un flujo de sangre por las partes sexuales que dura algunos dias seguidos. Este flujo, que comunmente empieza en las mujeres de nuestro clima de los catorce á los quince años, se suspende casi siempre durante la preñez y la lactancia, y cesa definitivamente de los cuarenta á los cincuenta años. Esta hemorragia constitucional presenta, sin embargo, numerosas variedades respecto de la época en que comienza y termina, de la cantidad de sangre evacuada, del número de dias que dura, de la manera que tiene de sucederse, del intervalo mas ó menos largo que separa una hemorragia de otra etc. Ahora no tenemos que ocuparnos de todas estas variedades. La menstruacion constituye una funcion, un acto fisiológico bien conocido de todos, cuyos pormenores pueden estudiarse en la obra de M. Brierre de Boismont, pues yo solo voy á ocuparme de los trastornos que presenta. Estos trastornos son los siguientes: la menstruacion tarda en presentarse por primera vez: una vez establecida puede verificarse el flujo con dificultad (*dismenorrea*); puede estar aumentado (*metrorragia*); disminuido, suspendido, suprimido (*amenorrea*); accidentes cuya causa es preciso investigar y que ofrecen indicaciones especiales. Por último, la cesacion definitiva de las reglas por los progresos de la edad va comunmente acompañada de diversos trastornos cuya importancia han exagerado algunos, y que conviene saber reconocer y combatir.

Pero antes de entrar en la historia patológica de la menstruacion, debemos detenernos un momento en las modificaciones que puede producir el flujo menstrual en el tratamiento de las enfermedades.

Hay muchos médicos que, siguiendo las preocupaciones del vulgo, no se atreven á emplear ninguna medicacion activa durante el período de las reglas, por miedo de suprimir esta hemorragia, que consideran siempre como un efecto saludable, y que les parece que debe ser la crisis natural de la enfermedad que no se atreven á combatir. Pero esta es una creencia errónea, muchas veces peligrosa, y contra la cual han protestado ya prácticos de mucha nota. El exámen de numerosos hechos nos ha demostrado tambien que el flujo menstrual, en el curso de una enfermedad aguda, no puede jamás contraindicar de un modo absoluto el uso de ningun medio activo de tratamiento, especialmente el de la sangría, los evacuantes gástricos é intestinales, los febrífugos, etc. Estos medios, en lugar de suspender las reglas como se cree, suelen por el contrario aumentarlas ó prolongar la duracion del flujo. Por otra parte, la enfermedad aguda grave que se trata de combatir, contraría la menstruacion mucho mas que todos los agentes terapéuticos que se puedan emplear. Por último, aunque estos diesen constantemente por resultado la suspension ó disminucion de las reglas, no seria motivo suficiente para abstenerse de los remedios activos cuyos

buenos efectos ha demostrado la esperiencia, porque esta privacion tendria inconvenientes mucho mas graves que los que pueden resultar del trastorno momentáneo inferido al flujo sanguíneo.

DE LA DISMENORREA.

SINONIMIA.—Menstruacion ó reglas difíciles, estranguria menstrual. Dismenorrea se deriva de δυς, *difícilmente* μὴν, mes; ῥέω, *yo fluyo.*

Cuando la aparicion de las reglas viene acompañada de dolores vivos en el útero y de algunos fenómenos preternaturales y mas ó menos graves como vómitos, síncopes y convulsiones, etc., se designa este estado con el nombre de *dismenorrea* ó *reglas difíciles.*

Síntomas.—Por la definicion que acabamos de dar se viene en conocimiento de que en la dismenorrea se presentan los síntomas predominantes, ya en el útero, ya en un órgano mas ó menos distante. En el primer caso (*histeralgia catamenial* de Sauvages), se quejan las mujeres de dolores vivos en el hipogastrio, que se irradian hácia el sacro, los lomos, las ingles y el tercio superior de los muslos, y disminuyen y aun se calman con frecuencia por la presion ó la aplicacion del calor. Las enfermas sienten un malestar general y cansancio; sus facciones indican abatimiento y dolor; son mas sensibles al frio esterior; tienen muchas veces escalofrios pasajeros, y por último, en la mayor parte está disminuido el apetito ó hay completa inapetencia.

Diversos accidentes pueden agregarse á los síntomas que preceden. Asi es que algunas mujeres se quejan de una cefalalgia sumamente viva; otras están atormentadas por vómitos viscosos, amargos, muy incómodos; en algunas hay lipotimias y hasta síncopes, y por último, mas raras veces, se observan movimientos convulsivos.

No es lo comun que estos accidentes duren tanto como el período menstrual. En el mayor número de casos le preceden algunas horas ó un dia; son sus prodromos, y solo continúan los dos primeros del flujo. Este se verifica por lo comun de una manera desigual; á veces es gota á gota y con dolores muy intensos, lo cual justifica el nombre de *estranguria menstrual* con que algunos autores han designado la dismenorrea. En muchas mujeres, despues de haber sido penoso y lento el flujo los dos ó tres primeros dias, se hace luego mas abundante de lo regular, y esto suele ocasionar un alivio notable.

La sangre no ofrece comunmente ninguna cosa especial digna de notarse. Fluye generalmente sola; pero algunas veces las enfermas echan al mismo tiempo, no sin cólicos y dolorosos retortijones, falsas membranas de distintos tamaños, en cuyo caso se dice que la dismenorrea es membranosa. Esta notable forma de la enfermedad, indudablemente conocida por Plater, y perfectamente descrita en una observacion que Morgagni dejó consignada en su Epístola 48, no se ha estudiado debidamente sino de pocos años á esta parte, en Inglaterra por los doctores Simpson (1), Oldham (2) y algunos otros, y en Francia por M. Semelaigne (3).

(1) *The monthly journal of medical sciences*, 1846.
(2) *London medical Gazette*, 1846.
(3) *Thèse de Paris*, 1851, n.° 252.

En la dismenorrea membranosa las enfermas arrojan ya pequeños fragmentos irregulares que tienen solo algunas líneas, ya una seudo-membrana que por su estension y su forma representa perfectamente la cavidad uterina.

La dismenorrea membranosa se presenta acompañada de un flujo de sangre bastante considerable. Puede ser accidental ó reproducirse en un número mas ó menos considerable de períodos menstruales. En estos casos Oldham ha notado que el útero tenia mucha tendencia á aumentar de volúmen, especialmente en su pared posterior, de lo que resulta una procedencia con retroversion del órgano.

Son muchas las opiniones acerca de la naturaleza de las membranas espelidas. La mayoría de los médicos ingleses, entre los cuales citaré á Montgomery, Churchil, Copland, Ashwell, creen que son pseudo-membranas, una simple produccion de linfa plástica, como la que se produce en la superficie de las mucosas en ciertas flegmasias. Simpson, por el contrario, opina que la membrana dismenorreal no es mas que una esfoliacion de la mucosa uterina, y de esta opinion participan MM. Semelaigne, Follin y Lebert. Habiendo estos últimos examinado con el microscopio la produccion de que se trata, la hallaron diferente de las pseudo-membranas ordinarias, y reconocieron en ella casi la misma estructura de la mucosa uterina. Se parece exactamente á la caduca.

La dismenorrea membranosa podria hacernos creer en un aborto. Si no se llega á reconocer el embrion en medio de sus membranas, es imposible diferenciar una de otra las dos bolsas. Los unicos caracteres distintivos que hay entre los dos accidentes, consisten en que en la dismenorrea hay siempre coincidencia del ataque con el período menstrual y por lo comun repeticion de ataques por espacio de algunos meses, al paso que no suele suceder nada de eso en el aborto.

Causas.—La dismenorrea es producida por causas que obran, las unas durante el período menstrual, las otras en el intervalo de uno á otro. Asi es que algunas veces sobrevienen los accidentes de la dismenorrea en mujeres que se esponen durante las reglas á la impresion del frio, se entregan al cóito ó á un ejercicio forzado, ó esperimentan una conmocion moral intensa. En cuanto á las causas que obran en el intervalo de los períodos menstruales, generalmente nos son desconocidas. Se citan entre ellas una vida sedentaria, la continencia, las pasiones vivas, la plétora, una constitucion demasiado fuerte ó demasiado débil; pero nada se sabe de positivo acerca de este punto. Hay por otra parte mujeres, que despues de haber padecido la dismenorrea por espacio de muchos años, ven aparecer despues las reglas fácilmente, sin que pueda esplicarse semejante variacion por ninguna modificacion ocurrida en la constitucion de las enfermas ó en su método de vida. Por regla general la dismenorrea se observa con mas frecuencia en las jóvenes solteras; por lo comun desaparece á consecuencia de la primera preñez. Lo contrario sucede raras veces. Por último, se reproducen los mismos accidentes en los años que preceden á la edad crítica.

En un buen trabajo publicado en 1846 en *London medical Gazette*, el doctor Oldham llamó la atencion hácia una forma de dismenorrea que atribuye á una retraccion congénita ó adquirida de los órganos sexuales, y especialmente

del cuello uterino, cuyo orificio se halla sumamente angostado, por cuyo motivo el flujo de sangre es en general poco abundante. Las mujeres que ofrecen esta disposicion son por lo comun estériles. Punto es este de la historia de la dismenorrea que merece fijar en lo sucesivo la atencion de los prácticos.

Tratamiento.—El tratamiento de la dismenorrea varía segun los casos. Cuando existen signos de plétora, cuando las reglas se presentan con dificultad ó el flujo se verifica lentamente y gota á gota, será útil recurrir á la sangría general, ó mejor aplicar gran número de sanguijuelas á la vulva, al ano ó á las ingles. Lisfranc aconsejaba hacer una sangría de tres ó cuatro onzas pocos dias antes del período menstrual, y repetirla cada mes hasta obtener la curacion completa. Los dolores vivos del útero y los demás trastornos del sistema nervioso reclaman el uso de los antiespasmódicos y sedativos. Con este objeto se aconsejan el éter, el alcanfor, el almizcle, el castoreo y la asafétida; pero estos medicamentos repugnan á muchas enfermas, y á veces no los tolera el estómago, al paso que el opio produce muy buenos resultados sin tener estos inconvenientes. Creemos preferible administrar este medicamento en lavativa, sobre todo cuando se quieren calmar pronto los dolores uterinos. Para esto se prescriben 8 á 16 gotas de láudano de Sydenham en una pequeña cantidad de agua tibia, despues de haber tenido la precaucion de vaciar el recto á beneficio de una lavativa simple. Si á los tres cuartos de hora continúan con igual intensidad los dolores, debe reiterarse la misma dosis; asi se conseguirá embotar el dolor. El opio es en este caso el remedio soberano, y solo se necesita darle en cantidad suficiente, para lo cual no hay mas que tantear la susceptibilidad de la enferma. Hay mujeres que necesitan grandes dosis; yo conozco una que por espacio de doce años tenia en cada período menstrual dolores atroces en el vientre y vómitos incesantes que duraban uno ó dos dias. Para combatir este estado se habian empleado muy diversos medios; se habian administrado los narcóticos; pero á dosis muy pequeñas. Por consejo mio se volvió á emplear el áudano en lavativa á la dosis de 16, 28 y hasta 40 gotas en el momento en que se declaraban los dolores, y desde entonces se verifica la menstruacion, que tan dolorosa era, sin incomodidad de ninguna clase. Estas mujeres deben estar en cama y tomar una ligera infusion de flor de tilo ó de hojas de naranjo, etc., y si tuviesen mucha agitacion seria útil un baño tibio prolongado por espacio de una ó dos horas. No diré otro tanto de los baños frios con afusion, aconsejados por algunos, cuyo uso, como fácilmente se comprende, pudiera tener graves inconvenientes.

La dismenorrea membranosa, reclama auxilios emolientes y tal vez baños; ora naturales, ora alcalinos; cuando la matriz ha aumentado de volúmen, se procura reducirla á sus dimensiones normales por medio del reposo, de los antiflogísticos y de los resolutivos. Si la dificultad menstrual depende de la patológica rigidez del cuello uterino, M. Oldham, aconseja incidirle ó dilatarle, pues tanto la incision como la dilatacion curan radicalmente segun se dice, la dismenorrea, cosa que debemos escuchar con muchísima reserva.

El tratamiento profiláctico de la dismenorrea debe variar segun las causas que la producen: asi es que se combatirá la plétora con la sangría, ó mejor aun con el ejercicio y el régimen; se prescribirán los tónicos, los analépticos, los ferruginosos y los baños de mar á las mujeres de constitucion débil, etc.

DE LA DESVIACION DE LAS REGLAS.

La *desviacion de las reglas* puede considerarse como una forma de la dismenorrea. Se dice que las reglas están *desviadas* cuando se verifica periódicamente en las épocas menstruales un flujo de sangre por cualquier parte del cuerpo que no sea el útero ó la vagina. Asi es que todas las hemorragias que hemos descrito pueden reemplazar á las reglas , sea que falten estas del todo, sea que continúen en mas ó menos abundancia, pero siempre en cantidad insuficiente.

Casi siempre son reemplazadas las reglas desviadas por una hemorragia de una membrana mucosa , y con especialidad por la epistáxis y la hemoptísis. A veces fluye la sangre por puntos que no tiene de costumbre , como los ángulos de los ojos, los oidos, el pezon , el conducto escretorio de la saliva , ó por un punto del tegumento , como la yema de los dedos , la raiz de las uñas, el ombligo, la superficie de una herida, de una úlcera ó de una antigua cicatriz, etc.

Cuando las reglas están completamente desviadas, se observan síntomas diversos, segun el punto por donde se verifica la hemorragia; pero que no se diferencian de los que se presentan cuando no son suplementarias estas exhalaciones sanguíneas. En algunos casos muy raros preceden y acompañan al flujo de sangre por vías insólitas, ciertos fenómenos en las partes genitales, análogos á los que se presentan en una menstruacion regular.

Ya hemos dicho que las hemorragias supletorias de las reglas, no eran graves. Las causas que producen la desviacion menstrual , son las mismas que indicaremos mas adelante al tratar de la amenorrea.

Tratamiento.—La indicacion consiste en llamar hácia el útero la sangre, provocando hácia este órgano en la época de las reglas una fluxion sanguínea á beneficio de algunas sanguijuelas aplicadas á la vulva , de pediluvios , de cataplasmas sinapizadas á los muslos , de lavativas de artemisa ó irritantes , de purgantes aloéticos, de fumigaciones aromáticas introducidas hasta la vagina ó bien fluxionando vivamente las estremidades con ventosas secas. Al mismo tiempo se completará el tratamiento alejando todas las causas que pudieran favorecer el aflujo de sangre hácia el órgano por donde se verifica la hemorragia.

Sin embargo , en los casos muy raros en que faltan la vagina y el útero, es menester guardarse de contrariar las hemorragias periódicas que reemplazan al flujo menstrual. No obstante, si se verificasen estas hemorragias por el pulmon ó por el estómago, convendria dirigir la sangre hácia un órgano menos importante; pero deberia hacerse con mucha prudencia , porque , como dice M. Chomel , la desviacion de las reglas presenta menos inconvenientes que su suspension.

DE LA AMENORREA.

Se da el nombre de *amenorrea,* no solamente á la falta y suspension de las reglas , sino tambien á su disminucion considerable.

Divisiones.—No indicaremos todas las divisiones que se han hecho de la

amenorrea, porque no siendo, segun veremos mas adelante, una verdadera enfermedad, y sí un síntoma de diferentes estados morbosos, creemos preferible tomar por base de las divisiones de la amenorrea las causas que presiden á su desarrollo. Asi es que existe: 1.° una amenorrea *constitucional*, es decir, dependiente de un estado general de la mujer. 2.° Una amenorrea por *causa local*, sintomática de un estado morboso del útero ó sus dependencias; 3.° una amenorrea que se refiere á la existencia de una enfermedad local, *pero situada en algun órgano que no es el útero*. Esta division es enteramente práctica. En cada una de estas tres variedades puede ser la amenorrea *completa* ó *incompleta*, segun que faltan las reglas del todo ó que existen todavía aunque en corta cantidad. Unas veces es *primitiva* la amenorrea, es decir, que llegan las jóvenes á la pubertad, y pasan de ella, y las reglas no se presentan: entonces se dice, aunque con mucha impropiedad, que la amenorrea es por *retencion*. Si, por el contrario, faltan las reglas en mujeres que ya las han tenido, se dice que la amenorrea es *accidental* ó por *supresion*.

Causas.—Siendo la amenorrea casi siempre una enfermedad sintomática, debe preceder el estudio de las causas á la enumeracion de los síntomas. Puede observarse la amenorrea en mujeres de constituciones muy diversas y de todos temperamentos: sin embargo, la que es constitucional y primitiva en las jóvenes, se encuentra con especialidad en las que presentan los atributos del temperamento linfático, ó están sujetas á la accion de causas debilitantes, como un alimento insuficiente, la permanencia en sitios bajos y húmedos, las pasiones tristes y la vida sedentaria. La constitucion robusta ó el estado pletórico de ciertas mujeres en ciertos casos, es tambien una causa rara, pero bien demostrada de la amenorrea. Tal vez no suceda lo mismo con la susceptibilidad nerviosa, á la cual se ha atribuido, sin pruebas suficientes, la amenorrea de muchas mujeres; otro tanto diremos del celibato. Parece, por el contrario, mejor demostrado que el abuso del cóito hace muy frecuente la amenorrea, y á esto deben atribuirse en gran parte las supresiones de las reglas que tan comunmente se observan en las prostitutas (Parent-Duchâtelet). Hemos dicho que la amenorrea podia depender de una lesion mas ó menos manifiesta del útero y sus dependencias: tales son la inflamacion, los infartos crónicos, las degeneraciones, las úlceras, las dislocaciones y la falta de desarrollo de los órganos genitales, de lo cual se encuentran muchos ejemplos en Morgagni y otros autores. La leucorrea, que con tanta frecuencia se observa en las jóvenes púberes, y que no depende de ninguna lesion material del conducto vulvo-uterino, retarda la aparicion de las reglas y es causa de amenorrea. Asi resulta de las investigaciones de MM. Despine y Brierre de Boismont, y sin fundamento han sostenido algunos autores la opinion contraria. A veces parece que la amenorrea depende únicamente de un estado de atonía del útero: en tales casos la escitacion del órgano por el matrimonio suele bastar para establecer una menstruacion regular. Por último, con mucha frecuencia no se establece esta evacuacion, ó no se repite en las épocas naturales, por efecto del padecimiento de un órgano importante. La tuberculizacion de los pulmones es la enfermedad que mas comunmente produce este funesto resultado. En las alteraciones que he indicado anteriormente faltan del todo las reglas, es decir, que la sangre no es exhalada; pero hay otras lesiones de las partes genitales que permiten la exhalacion de la sangre, y

se oponen á su escrecion. Tales son las adherencias del orificio del útero y la imperforacion de la vagina por una causa cualquiera. En estos casos hay *retencion* de las reglas, ó amenorrea por falta de escrecion.

La mayor parte de las causas precedentes se oponen al establecimiento de las reglas, ó bien impiden su reaparicion en las mujeres que ya las han tenido. Sin embargo, el mayor número de amenorreas de las que se observan en estas últimas, sobrevienen á consecuencia de una supresion repentina de las reglas por la accion del frio, por ejemplo, por la inmersion del cuerpo entero ó parte de él en agua fría. Las conmociones morales vivas, la cólera, una alegría escesiva, y con mas frecuencia aun el terror, producen el mismo efecto y en proporcion mucho mayor que el enfriamiento (1). Estas mismas causas reproduciéndose con frecuencia en el intervalo de un período á otro, pueden retardar las reglas ó impedir que reaparezcan en la época habitual.

Síntomas.—En algunos casos no se observan mas alteraciones en la salud de la mujer, que la falta ó disminucion considerable del flujo menstrual sin que ningun accidente acompañe la supresion de las reglas. Sin embargo, estos hechos son escepcionales, y en el mayor número de casos sobrevienen trastornos mas ó menos numerosos. Los mas comunes son los accidentes de plétora hácia la cabeza, el pecho ó el vientre: otras veces predominan los fenómenos nerviosos. Asi es que las enfermas sienten incomodidad, calor, pulsaciones y presentan rubicundeces preternaturales pasageras en diferentes partes del cuerpo; otras se quejan de cefalalgia, vértigos y ruido de oidos; tienen la vista alterada, se encuentran torpes y somnolientas, ó, por el contrario, padecen un insomnio pertinaz; algunas se quejan principalmente de sofocacion, opresion, palpitaciones y lipotimias. Por último, otras tienen cólicos y pesadez en las ingles, los muslos y el sacro. Cuando existen los fenómenos de plétora, es cuando principalmente sobrevienen diversas hemorragias en reemplazo del flujo menstrual, ó bien presentan de cuando en cuando las mujeres un aparato febril efímero. Las enfermas en quienes predominan los fenómenos nerviosos, se quejan ya de dolores neurálgicos intensos, ya de espasmos, contracturas y diversas neurosis de los órganos digestivos, etc.

Cuando la sangre menstrual se exhala en el útero y existe un vicio de conformacion que se opone á su escrecion, se acumula poco á poco el líquido por encima del obstáculo, y distendiendo el útero llega á establecer un tumor mas ó menos voluminoso que forma eminencia en el hipogastrio, y cuyo carácter mas notable es aumentar de volúmen en cada época menstrual. Si, como sucede comunmente, es la imperforacion del hímen la que se opone á la escrecion de la sangre, empujada esta membrana hácia abajo forma un tumor ovoideo y fluctuante en la vulva.

Curso.—La amenorrea sostiene comunmente un estado habitual de malestar que se exacerba en los períodos menstruales, especialmente cuando es completa. A veces se moderan estos accidentes cuando se exhala un poco de

(1) Segun M. Briérre de Boismont, las causas de amenorrea en 190 casos se han distribuido como sigue:

Causas físicas..	68
Causas morales.	92
Causas desconocidas.	30

sangre; en otros casos conservan toda su intensidad, y por último, en las jóvenes casi siempre es seguida la amenorrea de clorosis.

Duracion y terminaciones.—La duracion de la amenorrea es indeterminada, y á veces persiste por espacio de muchos años. Puede cesar de repente á consecuencia de un sacudimiento moral, de una fatiga, etc.; pero las mas veces vuelven á aparecer las reglas sin causa determinante apreciable. En la mayor parte de las enfermas es poco abundante el flujo sanguíneo; en otras se exhala la sangre en gran cantidad; á veces hay una verdadera metroragia, y despues se restablece mas ó menos pronto la salud general. Despues de haberse presentado una vez las reglas, pueden suspenderse por espacio de uno ó muchos meses antes de regularizarse del todo. Por último, hay mujeres que, afectadas de amenorrea en el período medio de la vida, y nó pudiendo triunfar de ella por ninguno de los medios que se emplean, conservan despues una salud intercadente por espacio de muchos años; pero estos accidentes suelen calmarse espontáneamente hácia la edad crítica. Tambien se han visto algunas jóvenes en quienes se ha habituado la economía, sin ningun trastorno, á la supresion de las reglas.

La amenorrea puede ser causa ocasional de muchas enfermedades; puede provocar un estado pletórico, neurosis de diferentes géneros, hemorragias, flegmasias varias, clorosis, y se ha dicho que producia con frecuencia lesiones orgánicas viscerales; pero todo induce á creer, que estas son mas bien causas que efecto de la amenorrea. Indicaré únicamente para nada olvidar, esos casos escesivamente raros en que se presentan los tegumentos como teñidos de azul ó negro, y esas hipertrofias de todos los tejidos de que M. Brierre de Boismont cita dos ejemplos en su obra, que han sobrevenido algunas veces á consecuencia de una supresion súbita de las reglas. La amenorrea es tambien una causa frecuente de esterilidad: sin embargo, hay hechos numerosos que prueban que no imposibilita absolutamente la concepcion.

Diagnóstico.—Es preciso saber distinguir la amenorrea idiopática de la sintomática de una lesion de los órganos genitales ó de una víscera importante. Para establecer esta distincion es muchas veces indispensable reconocer á las mujeres por el tactar vaginal, y á beneficio del speculum. Esta esploracion rara vez es necesaria en las jóvenes solteras, porque no es comun que la amenorrea sea en ellas sintomática de una lesion del útero ó sus dependencias, á no ser que exista uno de los vicios de conformacion de que he hablado anteriormente. Examinando todas las funciones, se llega tambien á determinar si la amenorrea es sintomática de la lesion de un órgano importante. Por otra parte, debe tenerse presente que entre todas las enfermedades crónicas la tuberculizacion de los pulmones es la que con mas frecuencia impide la primera presentacion de las reglas.

A pesar de esto, el conocimiento de las causas de la amenorrea presenta á veces algunas dificultades. Cuando la supresion de las reglas se presenta en cierta época, suele ser imposible decidir si la amenorrea constituye verdaderamente un estado morboso, ó si solo es consecuencia natural de los progresos de la edad. Por último, en las jóvenes es preciso no olvidar que la amenorrea puede ser consecuencia de una preñez incipiente, que muchas tienen interés en disimular: pero en estos casos solo puede durar la duda acerca de la verdadera

causa de la amenorrea, los primeros meses; porque mas adelante se percibe el traqueteo del feto y los ruidos placentario y fetal.

Pronóstico.—El pronóstico de la amenorrea varía principalmente en razon de las causas que la han producido: asi es que la que depende de un estado pletórico, es la menos rebelde; lo mismo sucede con la que sobreviene á consecuencia de la supresion repentina de las reglas: sin embargo, esta suele ocasionar diversas enfermedades. En igualdad de circunstancias, la amenorrea es tanto mas rebelde cuanto mas antigua.

Tratamiento.—Dos son las indicaciones que hay que satisfacer en el tratamiento de la amenorrea: 1.° restablecer las reglas; 2.° combatir los accidentes que ha ocasionado su supresion. De estas dos indicaciones siempre se satisfará primero la que se crea mas urgente. Si existen todos los signos de plétora, será útil la sangría general. Algunos prefieren en este caso la del pié á la del brazo, porque suponen que favorece el aflujo de sangre hácia los vasos uterinos. Si de cuando en cuando se presentan signos de congestion en el útero, basta muchas veces aumentar la flusion sanguínea por medio de algunas sanguijuelas á la vulva, de pediluvios, de lavativas irritantes, de fumigaciones aromáticas ó de purgantes aloéticos para que se restablezca el flujo menstrual. Estos últimos medios convienen tambien á las jóvenes robustas, que no presentan todavía signo ninguno de congestion hácia la matriz. Hamilton ha propuesto además la compresion de las arterias crurales, con la idea de hacer refluir hácia el útero la sangre destinada á las estremidades inferiores. A causa de las simpatías que hay entre el útero y los pechos, aconsejan algunos médicos que se establezca una flusion hácia estos á beneficio de ventosas secas y de sanguijuelas. Se leerá con interés en el *Journal hebdomadaire* de 1833 un estracto comentado por el doctor Desportes de un trabajo publicado en Inglaterra por el doctor Loudon acerca de la utilidad de la aplicacion reiterada y continua de sanguijuelas á los pechos para restablecer ó llamar las reglas. Pero esta flusion tiene el inconveniente de producir una tumefaccion, una especie de peso incómodo en las glándulas mamarias, y pudiera suceder, como insinúa Desportes, que este llamamiento tan reiterado de sangre ó dichos órganos, fuese al fin y al cabo orígen de graves accidentes. Por otra parte, no estando bien demostrada la utilidad de la aplicacion de sanguijuelas á los pechos para restablecer el flujo menstrual, no es prudente esponerse á tales riesgos. Sea como quiera, el uso de las sanguijuelas es irracional y no ofrece ventaja alguna en las jóvenes cloróticas, anémicas, en quienes la amenorrea parece que depende de un estado de debilidad de la constitucion: en este caso los esfuerzos del médico deben dirigirse á aumentar las fuerzas de las enfermas. Para esto se prescriben los ferruginosos, los amargos, el ejercicio al aire libre, los juegos gimnásticos, las fricciones secas y aromáticas, los baños de mar ó los de aguas minerales ferruginosas y un alimento suculento. Cuando se ha logrado fortificar la constitucion, se puede recurrir á los medios apropiados para favorecer el aflujo de sangre hácia los vasos uterinos; sin embargo, los medicamentos llamados emenagogos suelen ser ineficaces: Cullen no reconocia en ellos ninguna virtud específica. En los casos de atonía, de que acabo de hablar, se han aconsejado algunos escitantes especiales, como los agenjos, la artemisa, el azafran, la sabina y la ruda en píldoras ó mejor aun en infusion. Igualmente se han preconizado el iodo, el

centeno atizonado, la estrignina, las cantáridas y otras muchas sustancias activas; pero los inconvenientes que puede ocasionar su administracion interior hacen que se dé la preferencia á otros medios mas suaves. Por otra parte su eficacia es muy dudosa. No hablaré, sino para reprobar su uso, de las inyecciones de agua amoniacal en la vagina, pues por confesion del mismo hábil médico italiano que fue el primero en aconsejarlas, tienen algunas veces el inconveniente de producir una metritis. Los vejigatorios aplicados á la parte interna de los muslos pocos dias antes de la época menstrual, han sido recomendados por Graves; pero aun no se ha medido su utilidad en toda su estension, y otro tanto digo de la electricidad, que se emplea encaminando directamente una corriente al útero, ó bien solamente de los lomos al hipogastrio.

Inútil es decir, que cuando la amenorrea depende de un infarto agudo ó crónico del útero, todos los medios terapéuticos deben dirigirse contra esta lesion. Por último, si la amenorrea fuese debida á un vicio de conformacion que impidiese la escrecion de la sangre despues de exhalada, seria indispensable una operacion quirúrgica. En efecto, cuando el hímen obstruye la vulva, se divide crucialmente; si los labios del hocico de tenca están aglutinados, se separan con el instrumento cortante. Si falta la vagina, se examinan detenidamente las partes para ver si es posible establecer una; y en caso de que no lo sea, no queda mas recurso para evacuar la sangre, que hacer la puncion del útero por el recto. Esta operacion, que se ha practicado sobre unas trece veces, casi siempre ha sido seguida de una peritonitis mortal. Cuando las enfermas se han librado de los riesgos de la primera operacion, es preciso hacer de modo que no vuelva á ser necesaria, procurando por medio de aplicaciones frías y de lavativas á la misma temperatura, etc., oponerse á que el útero exhale sangre, y haciendo lo posible para provocar una hemorragia artificial y periódica en un punto distante, al cual se aplican de cuando en cuando una ó dos sanguijuelas para provocar un movimiento fluxionario.

En una mujer que si bien tenia ovarios, carecia de vagina y de útero, se presentaban todos los meses signos de congestion hácia la pelvis, acompañados frecuentemente de dolores vivos y lancinantes de carácter neurálgico. El opio administrado en lavativas, el cloroformo aplicado á los lomos ó inspirado hasta producir la insensibilidad, calmaron á menudo los accidentes; pero no triunfaron algunas veces de ellos, sino despues de haber practicado una ó mas sangrías locales y provocado una revulsion poderosa en el tubo digestivo.

Nada diré del matrimonio, aconsejado imprudentemente en todos los casos de amenorrea como un medio específico, pues solo conviene á las jóvenes bien constituidas.

DE LA SUPRESION DEFINITIVA DE LAS REGLAS, Ó DE LA EDAD CRÍTICA.

La edad en que cesan definitivamente las reglas varía mucho segun las individuas, y principalmente segun los climas. En el nuestro es raro que se verifique antes de los treinta y seis años; ni despues de los cincuenta y cinco; generalmente es entre los cuarenta y cinco y cincuenta. Este período de la vida de las mujeres se llama *edad crítica*, á causa de los numerosos riesgos á que se las supone espuestas durante esta época. Algunas veces desaparecen de repente las

reglas; pero lo mas comun es que por espacio de muchos meses y aun años se padezcan dismenorrea ó irregularidades en el flujo. Muchas veces suelen faltar dos ó tres períodos seguidos, y despues aparecen de nuevo las reglas mas abundantes de lo regular y constituyendo á veces verdaderas metorragias. Estas se notan en muy cerca de una tercera parte de las mujeres en quienes la menstruacion va á cesar pronto. En muchos casos, y particularmente cuando los ménstruos han disminuido gradualmente, no sienten las mujeres incomodidad ninguna. Sin embargo, de cualquier modo que se supriman las reglas, suelen observarse padecimientos mas ó menos intensos; en la mayor parte de las mujeres, especialmente si viven en la ociosidad, la supresion de la hemorragia periódica detetermina accidentes de plétora, ó algunos síntomas de congestion visceral, de preferencia hácia la cabeza y el pecho. En estas mismas condiciones disminuye el apetito, y muchas mujeres se quejan de flatuosidades y de digestiones difíciles, por último, las que han padecido en la pubertad fenómenos nerviosos, especialmente accesiones de histerismo, suelen volver á padecerlas en esta época. Tales son los accidentes mas comunes de la edad crítica, cuyos riesgos exageran todas las mujeres, porque suponen que entonces están mas espuestas que nunca á enfermedades graves. Pero estos temores son infundados, pues las observaciones hechas en diferentes paises prueban, que no se aumenta la mortandad de las mujeres durante la edad crítica, y si en esta época sucumben en mayor número que en los períodos precedentes, es debido á los progresos de la edad.

Tratamiento.—En el mayor número de casos bastan únicamente los cuidados higiénicos para calmar los accidentes que suelen presentarse en la edad crítica. Asi es que se disminuyen ó precaben los accidentes pletóricos, recomendando el ejercicio, una vida activa y alimentos poco animalizados, como legumbres herbáceas y carnes blancas, y proscribiendo el café y los licores. No se deberá recurrir á la sangría sino en muy pocos casos, y cuando los precedentes medios no hayan producido resultado, ó bien cuando los accidentes de plétora sean demasiado incómodos. Es necesario, como lo aconseja M. Chomel, abstenerse todo lo posible de remedios activos, y sobre todo de la sangría, que tiene el inconveniente de prolongar y aumentar el hábito hemorrágico, lo que obliga á menudo á recurrir periódicamente á evacuaciones sanguíneas. Lo que digo de la sangría debe aplicarse igualmente á los exutorios, cuyo uso es rara vez útil.

ENFERMEDAD ESPECIAL DEL TEJIDO

FIBROSO Y MUSCULAR.

DEL REUMATISMO.

La palabra *reumatismo*, derivada de ῥέω (*yo fluyo*) sirve para designar una enfermedad esencialmente movible, que varía de sitio con mucha frecuencia, y

con la misma reincide; que parece tiene esencialmente su sitio en las partes fibrosas y musculares, y cuyo principal síntoma es un dolor mas ó menos intenso, que suele exacerbarse por la presion, y que se aumenta siempre por el moviento activo de las partes enfermas.

Historia.—La estremada frecuencia del reumatismo, que sin disputa es la afeccion mas comun de todas las que afligen á la especie humana, esplica por qué ha llamado la atencion de los médicos desde la mas remota antigüedad bajo el nombre de *artritis* y *podagra*. Sin embargo, es preciso convenir en que las nociones que se encuentran en los libros de Hipócrates, son muy incompletas y vagas, y que es necesario llegar hasta Areteo y Celio Aureliano para encontrarlas algo mas exactas. Baillou abrió una nueva era al estudio del reumatismo, fue el primero que descubrió el reumatismo articular general, y le distinguió de la gota. Desde entonces empezó á llamar el reumatismo la atencion de todos los médicos, mereciendo particular mencion los trabajos de Hoffmann y Ponsard entre los monógrafos, y de Sydenham, Storck, Van-Swieten, Stoll, y principalmente Cullen entre los autores de tratados generales. Pero desde principios de este siglo se han publicado obras mucho mas notables, entre las cuales deben consultarse particularmente la obra famosa de Barthez, la de Scudamore, la tesis de M. Chomel, la obra de Requin sacada de las lecciones clínicas de aquel célebre profesor, y por último el tratado de M. Bouillaud, sin hablar de una multitud de memorias que tienen por objeto la terapéutica de la enfermedad, de las cuales tendremos ocasion de ocuparnos mas adelante.

Divisiones.—Cuando se estudian las diferentes formas con que se nos presenta la afeccion reumática, se encuentran entre ellas á primera vista tantas diferencias, que casi se inclina uno á admitir otros tantos estados morbosos distintos unos de otros. ¡Qué diferencia no hay, por ejemplo, entre los dolores erráticos movibles de los músculos y el reumatismo articular agudo! Sin embargo, es fácil reconocer que estas enfermedades, tan distintas en apariencia, solo difieren en la forma; existen reunidas; se reemplazan y alternan unas con otras; se presentan bajo la influencia de las mismas causas, y dependen de una misma diátesis. Atendiendo á su sitio especial y al estado sintomático que le acompaña, puede dividirse la afeccion reumática en dos grandes grupos, segun que tiene su residencia en los músculos ó en las articulaciones. En esto se funda la division del reumatismo en *muscular* y *articular*. Se ha establecido otro tercer órden, en el que se comprenden los reumatismos viscerales; pero hasta ahora son poco exactas las nociones que tenemos acerca de estos últimos, y es por otra parte incontestable que bajo la denominacion de reumatismos viscerales se han confundido afecciones muy distintas.

DEL REUMATISMO MUSCULAR.

El reumatismo muscular es una afeccion casi siempre apirética, carácterízada por un dolor mas ó menos intenso, fijo ó movible, que tiene su residencia en uno ó muchos músculos, y se exacerba por la contraccion de los órganos afectados.

Anatomía patológica.—El reumatismo muscular no tiene ningun carácter anatómico, como me lo ha probado la autópsia de muchos individuos muertos

de una enfermedad intercurrente en el curso de un reumatismo articular y muscular. Los músculos de los lomos, del tórax y de los miembros que habian sido el sitio de dolores intensos, no me han presentado ninguna modificacion apreciable en su color, volúmen ó consistencia. Algunos, sin embargo, han sostenido que el reumatismo muscular podia terminar por supuracion, y han citado en apoyo de esta doctrina algunos hechos raros, recogidos principalmente por Latour y Pinel. Pero si se lee la juiciosa crítica que ha hecho M. Requin de estas observaciones, no tardaremos en reconocer lo mismo que este profesor distinguido, que ha habido un error de diagnóstico, y que han tomado los autores por reumatismo, unas veces un flemon sub-aponeurótico, y otras un abceso metastático. Lo que decimos del estado agudo se aplica igualmente al crónico. En efecto, si el reumatismo muy intenso data ya de una época remota, si ha obligado al enfermo á estar mucho tiempo en reposo, podrá el músculo estar descolorido, y mas ó menos atrofiado; pero es indudable que esta lesion es consecutiva, pues se encuentra siempre que una parte ha estado mucho tiempo en completa inmovilidad, sea cual fuere la causa. M. Requin, cuyo testimonio invocamos con tanta frecuencia, especialmente ocupándonos del reumatismo, ha demostrado el poco valor de una observacion que Morgagni consigna en su Epístola 57, y que, á nuestro entender se cita con harta frecuencia y poca oportunidad como un ejemplo de lumbago crónico acompañado de una alteracion de los músculos.

Síntomas, curso y terminacion.—Cuando un músculo está afectado de reumatismo, se desarrolla en él un dolor mas ó menos intenso, á veces obtuso y sordo, otras vivo, lancinante ó dislacerante, que se exacerba constantemente cuando el enfermo quiere contraer el órgano que padece: por eso son difíciles y aun imposibles todos los movimientos que están á su cargo. La presion produce resultados muy diversos: á veces calma los dolores, en otros casos no ocasiona variacion en ellos; pero casi siempre, sobre todo si el reumatismo es agudo é intenso, es dolorosa la presion, si no en toda la estension del músculo, á lo menos en una gran superficie, y nunca por puntos diseminados, como sucede en las neuralgias. La epidermis no ofrece modificacion alguna de color ó temperatura, y las partes no están hinchadas. El reumatismo muscular simple es enteramente apirético, aun cuando los dolores sean muy intensos; generalmente tampoco hay ningun trastorno notable de las principales funciones, á no ser que los músculos afectados concurran mas ó menos directamente á su desempeño. En efecto, fácilmente se comprende, que cuando el reumatismo reside, por ejemplo, en los músculos de las paredes torácicas, deben tener á veces los enfermos tos, y principalmente disnea, por lo difícil que les es dilatar el pecho.

El reumatismo muscular puede existir solo ó coincidir con un reumatismo articular; es fijo ó movible, y su duracion muy variable. Asi es que puede ser enteramente efímero, presentarse y desaparecer al cabo de algunas horas, ó bien persistir sin interrupcion por espacio de muchos meses y aun años, en cuyo caso se dice que es crónico.

La enfermedad siempre termina por resolucion, pues ya hemos dicho nuestro modo de pensar acerca de las pretendidas terminaciones por supuracion.

Diagnóstico.—Las neuralgias son casi las únicas enfermedades que pudie-

ran confundirse con el reumatismo muscular : sin embargo, no es difícil su diagnóstico diferencial, porque el dolor del reumatismo es vago, y el de la neuralgia, por el contrario, sigue una direccion determinada y siempre la misma. El primero ocupa un grande espacio y el segundo existe en puntos diseminados. Este es cierto que se exaspera algunas veces con los movimientos, pero semejante circunstancia es mucho mas notable en los casos de reumatismo.

Pronóstico.—El reumatismo muscular no es grave; pero constituye por lo comun una afeccion de las mas rebeldes.

Etiología.—Todos los músculos pueden padecer reumatismo; pero esta afeccion es mas comun en el tronco; sin que por eso sea rara en los miembros. En este último caso ataca mas principalmente á los músculos mas inmediatos al tronco, y en particular al deltoides es el que con mas frecuencia se halla afectado. El reumatismo muscular, raro en los niños, se presenta con especialidad en los adultos y viejos; es mucho mas frecuente en el hombre que en la mujer, en los individuos de las clases pobres y en los que viven en sitios húmedos. Todos los temperamentos le padecen igualmente. Se cree que tambien predispone al reumatismo el haberle padecido los padres, y la ociosidad ó vida sedentaria, especialmente cuando sucede á una vida activa. De este modo se esplica la frecuencia del reumatismo en los soldados veteranos, que por lo comun empiezan á padecerle mucho tiempo despues de haber dejado el servicio. Pero en el mayor número de casos se desarrolla el reumatismo espontáneamente y sin causa apreciable. Cuando existe una causa eficiente, puede ser una fatiga escesiva ó una posicion forzada que se ha hecho tomar á los músculos; sin embargo, casi siempre se reconoce la influencia del frío húmedo, sobre todo el cuerpo, y mas comunmente sobre la parte enferma.

Tratamiento.—Cuando el reumatismo es muy doloroso y ocupa masas musculares enérgicas, como por ejemplo el sacro-lumbar, se hace primeramente una aplicacion de sanguijuelas, y despues se recurre á las embrocaciones oleosas calmantes, con el bálsamo tranquilo y el láudano, ó bien se cubre la parte con una cataplasma emoliente y sedativa, y se prescribe un baño tibio. En los casos comunes se recurre desde el principio á algunos revulsivos aplicados al nivel del dolor, tales como los sinapismos, las friegas secas y las fricciones con un linimento irritante. En los casos rebeldes se aplica un vejigatorio volante, cuya supuracion se sostiene segun los efectos primitivos que se obtengan. Si no ceden los dolores se curará el vejigatorio con una sal de morfina. Estos últimos medios convienen especialmente en los reumatismos crónicos, combinándolos con los chorros, los baños de vapor y la electricidad. El enfermo debe vestirse de franela, y muchas veces convendrá garantir la parte afecta con otro género mas caliente, como por ejemplo una piel de liebre. Al mismo tiempo debe procurarse fortificar dicha parte por medio de baños fríos ó sulfurosos, artificiales ó naturales.

Para completar la historia del reumatismo muscular, estudiaremos las varias especies admitidas por los autores.

DE ALGUNOS REUMATISMOS MUSCULARES EN PARTICULAR.

1.° *Reumatismo de la cabeza.*—De todos los músculos de la cabeza, el que

con mas frecuencia se encuentra afectado de reumatismo es el occipito-frontal. Sin embargo, es mucho mas rara en él la afeccion que en los músculos del tronco y de los miembros. Cuando existe, es dolorosa la presion ejercida sobre el cráneo, y los enfermos padecen mucho cuando quieren contraer el músculo. El calor de la cama y todas las causas que producen un aflujo de sangre hácia la cabeza exacerban, segun se dice, los dolores. La falta del edema y del color rojizo ó azulado sirve para distinguir el reumatismo epicraniano de la erisipela del cuero cabelludo. Se distingue de las neuralgias, porque en lugar de estar el dolor diseminado por puntos aislados, es por el contrario difuso y no sigue la direccion de ningun filamento nervioso. La exacervacion de los dolores por la noche pudiera hacer sospechar una afeccion sifilítica; pero en esta no se aumentan aquellos por la contraccion del músculo occipito-frontal, y suelen percibirse una ó varias eminencias formadas por la tumefaccion del hueso ó del pericráneo. Sin embargo, fuerza es convenir en que á veces es muy difícil el diagnóstico, y para reconocer la naturaleza de la afeccion, no nos queda mas recurso que emplear un tratamiento anti-sifilítico como piedra de toque.

El reumatismo epicraniano reconoce casi siempre por causa la impresion del frío estando sudando el cuero cabelludo.

Se combate este reumatismo por los medios indicados; pero como las sanguijuelas no pueden aplicarse al sitio del mal, á no ser que haya calvicie, se aplican á las sienes ó á un punto cualquiera de la base del cráneo. Lo mismo decimos de los vejigatorios. Sin embargo, en los casos rebeldes no debemos titubear en afeitar toda la cabeza ó parte de ella, y aplicar los medios activos al sitio mismo del mal.

Generalmente no se resiste bien el calor, y por lo mismo no debe cubrirse mucho la cabeza. Sin embargo, hay casos en que consuela el calor, como sucede especialmente en la forma crónica de la enfermedad. Entonces debe cubrirse la cabeza del enfermo con un gorro de lana y encima otro de hule. Si es calvo, basta muchas veces para su curacion que se ponga peluca.

Se ha visto el reumatismo limitado á algunos otros músculos de la cabeza. M. Chomel ha encontrado algunas veces un reumatismo que se circunscribia á uno de los músculos temporales, en cuyo caso el fenómeno predominante era la dificultad de masticar. El mismo autor cita tambien un caso muy notable de reumatismo de los músculos de los ojos. Igualmente se hace referencia de un reumatismo palpebral, y de un reumatismo de la lengua, observados, segun parece, por Morgagni. Pero semejantes hechos son raros, y si bien no nos atrevemos á dudar de los que hoy posee la ciencia, son aun poco numerosos para poder deducir consecuencias rigorosas.

2.° *Tortícolis.*—El tortícolis es el reumatismo de los músculos del cuello y principalmente del esterno-mastoideo. Es mas frecuente en los niños y en los hombres que en las mujeres, y casi siempre sucede á la impresion directa del frío. A veces es producido por una mala postura durante el sueño. En esta afeccion está el cuello como torcido, la cabeza inclinada al lado enfermo y la cara vuelta al opuesto: los movimientos de la cabeza producen dolores muy intensos; el músculo está contraido y duro. El tortícolis es una afeccion dolorosa y muy incómoda; pero que comunmente se disipa en pocos dias. Si pasase

al estado crónico, podria producir al cabo de algun tiempo alteraciones en la conformacion de los huesos.

La simple esploracion basta para distinguir el tortícolis de las desviaciones producidas por un flemon del cuello, por una alteracion de las vértebras, etc.

El tratamiento del tortícolis no ofrece nada de particular. (Véase lo dicho anteriormente).

3.° *Pleurodinia.*—La pleurodinia es el reumatismo de los músculos de las paredes torácicas, y constituye una de las especies mas frecuentes del reumatismo muscular. Por lo comun está limitado á un solo lado, que, segun Gaudet (*Gazette médicale*, 1834), casi siempre es el izquierdo; sin embargo, no es raro encontrar sugetos en quienes está todo el pecho dolorido.

La pleurodinia se revela por un dolor vivo, lancinante, regularmente mas intenso que el de la pleuresía aguda, que por lo comun tiene su residencia cerca de la tetilla, y se exacerba mucho con la tos y las inspiraciones, las cuales por esta razon se verifican de una manera incompleta. Los movimientos del tronco son difíciles, y muchas veces provocan tambien dolores los del brazo correspondiente al lado enfermo. Nunca hay fiebre, como no sea alguna vez al principio, y la tos es rara ó nula.

No puede confundirse la pleurodinia con la pleuresía, porque en la primera ni la percusion ni la auscultacion dan á conocer ninguno de los signos de los derrames. Sin embargo, en algunos casos de pleurodinias muy intensas, está algo debilitado el ruido respiratorio en el lado enfermo, porque en razon del dolor no le dilatan los enfermos con tanta libertad como el opuesto; tambien parece que puede ser algo menos perfecta la sonoridad, lo cual se esplica por la tension instintiva de los músculos cuando se les percute; pero este fenómeno es bastante raro. Cuando hay diferencia entre ambos lados, siempre es muy pequeña; y si fuese notable, deberia atribuirse mas bien á la presencia de un derrame que á la pleurodinia. El dolor, que es difuso y no existe por puntos diseminados, y la dificultad de los movimientos, distinguen fácilmente la neuralgia intercostal de la pleurodinia.

Esta no es grave: sin embargo, debe tenerse entendido que cuando se prolonga mucho, suele presentarse una pleuresía con derrame. Su tratamiento no ofrece nada de particular. (Véase lo dicho anteriormente).

4.° *Reumatismo de las paredes anteriores y laterales del abdómen, ó reumatismo pre-abdominal* (Requin).—Esta especie, es una de las que mas importa conocer. Indicada por el doctor Chomel en sus lecciones clínicas, ha sido descrita por primera vez por el doctor Genest, el cual insertó acerca de esta afeccion un trabajo importante en la *Gazette médicale* de 1832.

El reumatismo pre-abdominal, cuando existe en toda su violencia, es una de las afecciones mas dolorosas del vientre; la presion le exacerba casi siempre y muchas veces no pueden resistir los enfermos ni aun el peso de la ropa de la cama. Pero los dolores adquieren sobre todo una violencia estraordinaria cuando los enfermos hacen esfuerzos para obrar, y mas aun cuando quieren cambiar de postura y sentarse, es decir, cuando tienen que contraer los músculos afectados de reumatismo, por cuya razon permanecen inmóviles boca arriba. No hay en esta afeccion náuseas, vómitos, ni meteorismo; el vientre conserva su forma; pero está duro por efecto de la tension de los músculos, cuyos con-

tornos se perciben á veces debajo de los tegumentos. En medio de estos padecimientos suele estar el cutis casi natural; á veces, sin embargo, está mas ó menos alterado; pero los enfermos nunca tienen calentura. Este carácter, unido á la falta de hipo, de vómitos y de meteorismo, distingue el reumatismo pre-abdominal de una peritonitis. Ademas, en la inflamacion del peritoneo ó de cualquiera de las vísceras abdominales, se exacerban principalmente los dolores por la presion, y en la afeccion reumática por los movimientos que exigen la contraccion de los músculos enfermos.

El curso del reumatismo pre-abdominal no es muy regular; suele ceder momentáneamente para reproducirse despues con mayor violencia : es mas rebelde que el tortícolis y la pleurodinia.

Puede esta afeccion observarse en el hombre como lo prueba un hecho que refiere M. Requin; pero se encuentra mas especialmente en las mujeres, segun ha demostrado perfectamente M. Genest. Este hábil observador ha probado ademas que estaban espuestas á padecer esta afeccion poco despues del parto, lo cual puede depender de una impresion de frío, ó bien, como cree M. Requin, de la fatiga que han esperimentado los músculos en el acto del parto. M. Genest y M. Requin refieren al reumatismo pre-abdominal los hechos que ha descrito el doctor Gooch, de Londres, con el nombre de *afeccion nerviosa del peritoneo.*

Este reumatismo debe combatirse enérgicamente con los medios que ya hemos indicado; y particularmente con las emisiones sanguíneas locales, los baños, las embrocaciones narcóticas y los vejigatorios.

5.° *Lumbago.*—Bajo este nombre se designa el reumatismo de los músculos de la region lumbar. Esta dolencia está caracterizada por un dolor que ocupa uno de los lados ó ambos á la vez, y se exacerba al doblar ó enderezar el tronco ó cuando se quiere levantar un cuerpo pesado. Si el lumbago es violento, no puede ejecutar el enfermo ningun movimiento, y tiene que estar en cama, boca arriba y en una inmovilidad completa.

El lumbago es una de las especies de reumatismo muscular mas rebeldes, y de las que con mas frecuencia reinciden y mas fácilmente pasan al estado crónico.

Es preciso no confundir el lumbago con los dolores lumbares que se advierten en los prodromos de las viruelas, en la nefritis, en los aneurismas de la aorta ventral y en ciertas afecciones de la médula. Pero en las viruelas, los dolores lancinantes apenas se aumentan con los movimientos del tronco. Ademas la calentura, la ansiedad, la agitacion y la cefalalgia que hay, deben hacer temer la invasion de una enfermedad mas grave, y especialmente de las viruelas. Si hay nefritis, la calentura, las alteraciones de la secrecion urinaria, los fenómenos simpáticos en el estómago, el aumento de dolor por la presion, mas aun que por los movimientos, y ademas el dolor circunscrito casi siempre á un lado solo, bastan para establecer un diagnóstico diferencial. Otro tanto podemos decir respecto del cólico nefrítico, tan notable por la atrocidad de los dolores, por los vómitos, por la disminucion ó impresion de la secrecion urinaria y por la retraccion del testículo. Esplorando con atencion á los enfermos y estudiando los síntomas concomitantes, será siempre fácil distinguir el lumbago crónico de los dolores lumbares sintomáticos de un aneurisma de la aorta, de

una mielitis, del mar vertebral de Pott, ó simpáticos de un padecimiento uterino ó de una enfermedad del recto, y especialmente de la presencia de tumores hemorroidales internos. Tampoco deben confundirse con el lumbago, como lo hacen algunos, los dolores intensos que sobrevienen de repente al ejecutar esfuerzos violentos para levantar un peso ó al enderezar de pronto el tronco, porque en estos casos dependen los accidentes de la rotura de algunas fibras del músculo y no de una afeccion reumática.

El lumbago reconoce las mismas causas que las demás especies de reumatismo muscular. Si es poco intenso, basta para triunfar del mal el reposo, algunos baños, las embrocaciones narcóticas, la aplicacion del calor artificial y el cloroformo; pero si es mas intenso, deberá recurrirse á las sanguijuelas, á los vejigatorios, y si la enfermedad se muestra rebelde, á los chorros de vapor, etc.

6.° *Reumatismo de los miembros.*—Hemos dicho que los músculos de los miembros mas inmediatos al tronco eran los que con mas frecuencia se encontraban afectados de dolores reumáticos, los cuales son sumamente movibles. No pueden confundirse con los dolores esteócopos, porque estos últimos, aunque intensos, no impiden la ejecucion de los movimientos, y coexisten casi siempre con tumefacciones del periostio ó de los huesos. No presentaré, á la manera de otros autores, como carácter distintivo la circunstancia de que se exacerban por la noche, mientras que los reumáticos se calman con el calor de la cama; porque estos presentan muchas veces bajo este punto de vista el mismo carácter que los dolores venéreos. Ya hemos dicho precedentemente en qué se distinguen los dolores reumáticos de los producidos por las emanaciones saturninas.

El tratamiento no ofrece nada de particular. (Véase lo dicho anteriormente).

7.° *Reumatismos viscerales.*—Se han descrito reumatismos viscerales que atacan el estómago, los intestinos, la vejiga, el útero, el corazon, el diafragy la laringe; pero la ciencia no posee aun datos exactos acerca de este punto. En el mayor número de casos se han confundido bajo este nombre las neuralgias que ya hemos descrito. Sin embargo, admitimos el reumatismo de las vísceras; pero mas bien como una afeccion probable que como una enfermedad perfectamente demostrada. No obstante, fijaremos un momento la atencion en dos especies de reumatismos viscerales, cuya existencia parece menos problemática que la de los demás; tales son el reumatismo de la faringe y el reumatismo del útero.

Reumatismo de la faringe.—El reumatismo de los músculos de la faringe, rara vez primitivo, se observa principalmente en el curso de los reumatismos articulares agudos febriles. Los enfermos se quejan entonces de disfagia, sin que la vista descubra en la garganta nada de particular. Como todos los demás reumatismos, es muy movible, y por lo regular de muy corta duracion.

Reumatismo del útero.—En 1839 ha publicado en el periódico *l' Experience* el doctor Dezeimeris algunas investigaciones acerca del reumatismo uterino durante la preñez, estractadas de las memorias publicadas en Alemania especialmente por Wigand, Schmidt, Muller, Siebold y Carus. Tambien en Francia esta afeccion ha llamado la atencion del eminente comadron M. Stoltz, cuyas ideas ha espuesto M. Salathé en una tesis sostenida en Estrasburgo en 1833

El reumatismo uterino durante la preñez está caracterizado por un dolor

general de la matriz, que se exacerba estraordinariamente por la presion. A este estado siguen contracciones uterinas regulares, si es que no se presentan acompañadas, no solamente al fin como en el estado natural, sino desde el principio ó poco despues, de un dolor intenso que detiene ó encadena el movimiento. No solamente exacerban el dolor la presion hipogástrica y la introduccion del dedo en la vagina, sino que tambien los movimientos del feto producen una sensacion vaga muy desagradable. M. Stoltz, en sus estudios acerca de esta enfermedad, ha dicho que el reumatismo podia ocupar el fondo del útero, ó bien el segmento inferior del órgano. En el primer caso se exacerba el dolor por la presion abdominal; en el segundo por la introduccion del dedo en la vagina y en el recto, y la mujer siente ademas tirantez en los riñones, en los muslos y en las partes genitales esternas. Agréguese á lo dicho que los órganos inmediatos participan tambien mas ó menos del padecimiento uterino: asi es que hay frecuentes ganas de orinar y tenesmo; y solo á costa de grandes y dolorosos esfuerzos consiguen las enfermas espeler la orina y las heces. A veces hay un ligero movimiento febril. Parece que estos dolores reumáticos no son continuos, sonexacerbantes, remitentes, movibles, como todos los dolores de la misma naturaleza. Si se prolongan demasiado ó se repiten con mucha frecuencia, producen un parto prematuro por efecto de las contracciones uterinas que provocan. Se dice que cuando la enfermedad cesa antes que el orificio haya adquirido dos pulgadas de dilatacion, puede esperarse que se contenga el aborto y continúe la preñez hasta su término.

Cuando el reumatismo afecta el útero durante el parto, parece que este es mas lento, y la mujer se encuentra en un estado de ansiedad estremada, y que despues de espelido el feto, tarda mas en contraerse la matriz, y nunca es tan completa la contraccion, lo cual es una causa predisponente de hemorragias. Tambien parece que disminuyen los loquios y la secrecion láctea.

El reumatismo uterino jamás ha ocasionado la muerte de mujer alguna; mas no por eso deja de ser una circunstancia grave, puesto que ocasiona el aborto.

Se ha propuesto combatir el reumatismo uterino con la sangría del brazo, con las aplicaciones de sanguijuelas, los baños, las embrocaciones narcóticas, y los revulsivos intestinales.

Aunque estas son las únicas nociones que tenemos acerca del reumatismo uterino, y son poco precisas, he creido conveniente darlas á conocer, á fin de llamar la atencion de los médicos acerca de una enfermedad de que solo tenemos en Francia una idea muy confusa.

Se ha dicho tambien que el reumatismo puede afectar el útero en el estado de vacuidad; pero los caracteres asignados á esta enfermedad son sumamente vagos; en el mayor número de casos parece que se han atribuido al reumatismo los dolores neurálgicos que hemos descrito con el nombre de histeralgia.

Sitio y naturaleza del reumatismo muscular.—Si como ya hemos dicho, es insuficiente la anatomía patológica para descubrirnos el sitio exacto del reumatismo que hemos llamado muscular, me parece que el análisis de los síntomas no nos deja duda ninguna acerca de este punto, y que la enfermedad reside indudablemente en los músculos. En efecto, hemos visto que el dolor se estendia en la direccion de estos órganos, que se exacerbaba por su contrac-

cion, que se disminuia ó cesaba del todo con el reposo, y cuando se ponian los músculos en el mayor grado de relajacion posible. Algunos, sin embargo, dudan si el reumatismo tiene su residencia mas bien en la fibra muscular que en la parte fibrosa y tendinosa. Estas dos opiniones han encontrado partidarios; pero es muy difícil inclinarse á ninguna de ellas con conocimiento de causa, careciendo de datos anatómicos. Sin embargo, creemos mas probable y mas lógico que el reumatismo llamado muscular tenga su sitio, si no esclusiva, á lo menos mas especialmente en la fibra carnosa. No obstante, algunos autores, y entre ellos M. Bouillaud, han dicho que en el reumatismo de que hablamos no estaban las fibras musculares tan inmediata y primitivamente interesadas como el tejido celular intermuscular. Pero nada prueba la verdad de semejante asercion, y por eso no la admitimos, á pesar de que tiene en su apoyo la respetable autoridad de M. Cruveilhier. Este sabio profesor ha admitido dos especies de reumatismo muscular: una que llama *inflamatoria*, cuyo asiento coloca en el tejido celulo-seroso de los músculos, que en tal caso estaria muchas veces infiltrado de una materia purulenta; la otra, que llama *nerviosa* ó *neurálgica*, no tiene en su concepto ningun carácter anatómico, y por lo tanto la coloca en los nervios. Pero no podemos adoptar la distincion establecida por M. Cruveilhier, porque los hechos y la práctica diaria, demuestran que el reumatismo muscular es siempre uno, siempre el mismo. Su invasion bastante repentina, su frecuentemente pronta desaparicion, su traslacion rápida de un punto á otro, la falta de tumefaccion, de calor, de rubicundez y de calentura, y la de toda lesion apreciable en el cadáver, son otros tantos caracteres que distinguen esencialmente el reumatismo muscular de una inflamacion. Para convencerse de ello no hay mas que comparar el reumatismo con la inflamacion del tejido celular y con la de los músculos. El reumatismo muscular no es tampoco una neuralgia, como cree el doctor Roche, cuya autoridad es tan respetable; pues se distingue de ella por la naturaleza de los dolores, porque no sigue el trayecto de ningun nervio, porque ocupa una grande estension y no existe por puntos diseminados. El reumatismo es, pues, una afeccion especial, *sui generis*, cuya naturaleza es enteramente desconocida, distinta de todas las demás enfermedades, y que debe ocupar un lugar aparte en el cuadro nosológico.

DEL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.

El reumatismo articular agudo, ocupa como indica su nombre, las articulaciones; está caracterizado por un dolor mas ó menos intenso en una ó varias coyunturas, acompañado comunmente de tumefaccion, y algunas veces de rubicundez de las partes enfermas, y que coexiste muy á menudo con un aparato febril mas ó menos intenso.

Caracteres anatómicos.—Rara vez ha habido ocasion de hacer la autópsia de sugetos muertos en el curso de un reumatismo articular, y esto esplica la poca conformidad de los autores al tratar de los caracteres anatómicos de la enfermedad. La mayor parte no han encontrado ninguna lesion, ó solo han visto alteraciones casi insignificantes en las partes en que habia residido la enfermedad; otros médicos, por el contrario, dicen que han encontrado lesiones de naturaleza inflamatoria, que varian desde la simple inyeccion de la membrana

sinovial hasta la supuracion y destruccion de las superficies articulares. De veinte años á esta parte he tenido ocasion de examinar cinco veces las articulaciones de sugetos, que por efecto de alguna complicacion, habian sucumbido de repente en el curso de un reumatismo articular, y en todos estos casos no he encontrado ni inyeccion ni rubicundez en articulaciones que el mismo dia de la muerte eran aun la residencia de dolores violentos: las superficies articulares estaban blancas, lisas, lustrosas, sin tumefaccion, y las partes fibrosas inmediatas, lo mismo que las partes blandas, no presentaban lesion ninguna apreciable. En dos casos se encontraba la sinovia en igual cantidad que en el estado natural; en otros dos estaba un poco aumentada y en otro un poco mas fluida. En otro caso, que he observado en compañía de mi amigo M. Henri Guéneau de Mussy, las superficies articulares, siempre blancas y sin inyeccion, estaban un poco áridas á consecuencia de la disminucion de la sinovia. Por último, en una jóven que sucumbió de resultas de una pericarditis, todas las grandes articulaciones, igualmente lisas y blancas, contenian un pequeño fragmento de albúmina concreta, del tamaño de una lenteja grande. Estos hechos me autorizan á deducir que el reumatismo articular agudo no deja, á lo menos en el mayor número de casos, ninguna lesion notable en las superficies articulares.

Sin embargo, muchos médicos, engañados por algunos hechos interpretados de una manera inexacta, profesan la opinion contraria. M. Bouillaud, entre otros, reuniendo un gran número de observaciones diseminadas en diferentes obras, ha procurado demostrar que no solamente estaban inflamadas las articulaciones en el reumatismo, sino que podian ser el centro de una supuracion abundante. Para sostener esta opinion ha reunido M. Bouillaud treinta y siete observaciones particulares, pero no á todas las concede igual valor. Dejaremos á un lado las quince que forman su segunda y tercera categoría, porque admitiendo él mismo, y con razon, que pueden suscitarse dudas acerca de la naturaleza de la enfermedad, ha convenido tácitamente en su nulidad; de consiguiente no hablaremos de ellas. Quedan, pues, veinte y dos casos, de los cuales trece son, en concepto de M. Bouillaud, ejemplos incontestables de reumatismos terminados por supuracion. Sin embargo, estudiando estos hechos con cuidado, no es posible adoptar la opinion de este respetable profesor. En efecto, hay primeramente ocho en los que la supuracion articular coincide con una flebitis, con una linfitis uterina, ó á lo menos con una metro-peritonitis puerperal; de suerte que puede dudarse si la supuracion que se ha encontrado en las articulaciones era efecto del reumatismo ó de la infeccion purulenta. Ahora bien, como esta produce, si no siempre á lo menos con mucha frecuencia, abcesos intra-articulares, al paso que el reumatismo, por confesion de todo el mundo, no produce este efecto, ó si acaso es muy rara vez, creemos racional no elegir en los casos que suponemos, para esplicar este hecho, precisamente de las dos causas la que mas rara vez le determina. M. Bouillaud cree, sin embargo, que en estos casos ha sido producido el pus por la inflamacion articular mas bien que por la inflamacion de la sangre, porque ha encontrado á veces la membrana sinovial roja y alterada. Pero en el dia se sabe que esta lesion puede encontrarse igualmente en los abcesos articulares consecutivos á la flebitis; asi es, que en las numerosas autópsias que he hecho en las salas de Dupuytren y de Breschet desde 1831 á 1834, de sugetos muertos á consecuencia de operaciones, he en-

contrado muchas veces en un mismo individuo las membranas sinoviales que estaban en contacto con el pus, unas intactas, y otras rojas, reblandecidas, corroidas. Siguiendo ahora nuestro exámen crítico, creemos que no tiene ningun valor la segunda observacion presentada por M. Bouillaud; porque si se considera la naturaleza de los síntomas observados durante la vida y la coexistencia de abcesos musculares, será imposible no ver en ella un ejemplo de reabsorcion purulenta, aunque no se haya atendido al estado de las venas. Nada diré de la tercera y cuarta observacion, porque son tan incompletas, que cualquiera creerá que han sido redactadas de memoria y por recuerdos bastante vagos. En cuanto á la décimaquinta, tomada de Leroux, ha sido recogida en una época en que no se conocia la flebitis ni los accidentes de las reabsorciones purulentas; de consiguiente no tiene para nosotros valor ninguno. Lo mismo sucede con la décimasesta, debida á Pinel, de la cual se aprovecha M. Bouillaud, sin embargo de que la declara muy defectuosa. Tambien escluimos de toda discusion la duodécima, que es un ejemplo manifiesto de flemon difuso del muslo con inflamacion de la rodilla correspondiente, y la décimaséptima, que es un caso de reumatismo crónico, y agena por lo tanto de este lugar. Probablemente ha sido una equivocacion ó un error incluir en este capítulo la quinta observacion como artritis terminada por supuracion, puesto que se dice que la sinovia estraida era solamente *espesa, turbia, parecida al esperma, y un poco amarilla*, es decir, que este líquido en nada se parecia al pus. Lo mismo digo de la vigésima segunda observacion, que se presenta como un ejemplo de abceso articular, aunque por medio de la puncion solo se ha estraido un líquido *parecido á la sinovia, pero mas espeso y mas amarillo* (testual). La sesta observacion debe ser considerada como si no existiese, pues se dice que solo se han encontrado en las articulaciones algunos copos albuminosos como se encuentran en cualquiera inflamacion de una membrana serosa. M. Bouillaud cita todavía como ejemplos de reumatismos supurados cinco observaciones (18, 19, 20, 21 y 22), que dice ser abcesos articulares de la rodilla abiertos durante la vida, espontáneamente ó por medio de una operacion. Pero dudamos que cirujanos de alguna esperiencia acepten estos hechos con la misma confianza que M. Bouillaud y les den la misma interpretacion. Apelamos con gusto á su propio testimonio. Por otra parte debemos advertir, aunque anticipando esta idea, que cuando el reumatismo se fija en una articulacion, puede producir al cabo de tiempo en los tejidos lesiones consecutivas graves que no produce el reumatismo agudo; de consiguiente no debe recurrirse á estos casos para probar la posibilidad de que el reumatismo articular termine por supuracion.

Se ve pues por este exámen que, de todos los hechos reunidos con tanto trabajo por M. Bouillaud, no hay uno solo que pueda admitirse como ejemplo de reumatismo articular terminado por supuracion. Este autor, que ha tomado dichas observaciones de diferentes partes, las ha aceptado con escesiva confianza, é indudablemente hubiera sido mas severo si las hubiese recogido en su práctica.

Mas no debe deducirse de lo que dejo dicho, que yo niegue en términos absolutos la posibilidad de la supuracion de una ó muchas articulaciones en el curso de un reumatismo simple, legítimo; solo quiero decir que es un accidente sumamente raro, tan raro, que tal vez no ofrece aun ningun ejemplo autén-

tico. Si pues un dia este ejemplo se ofreciese, deberiamos investigar con mucho cuidado si se referia á alguna circunstancia accidental, ó á alguna complicacion.

Síntomas y curso.—Es muy raro que el reumatismo empiece de repente. Casi siempre le preceden algunos prodromos generales y locales. Los primeros suelen ser algunos escalofrios irregulares, cansancio, inapetencia, sed, un aparato febril de mediana intensidad, etc. Entre los segundos citaremos el dolor y rigidez en las articulaciones y la dificultad de moverlas. Al cabo de algunos dias se presenta la enfermedad, y el dolor es el primer síntoma que llama la atencion de los enfermos.

Así es que en una ó varias grandes articulaciones, sobrevienen dolores cuya naturaleza é intensidad varían. Los enfermos los comparan á veces á una especie de adormecimiento; pero generalmente son contusivos, ó bien lacinantes y taladrantes; algunas veces son tan violentos que arrancan gritos á los mas animosos. Siempre se exacerban con la presion, y mas principalmente con los movimientos, que por lo comun suelen ser imposibles. Las articulaciones afectadas están hinchadas; la epidermis que las cubre suele estar roja y tensa, y la fluctuacion que se percibe algunas veces, indica que se ha verificado un derrame seroso en la membrana sinovial. Sin embargo, ni la tumefaccion ni la rubicundez son perceptibles sino en las articulaciones superficiales, como en las muñecas, las rodillas y los piés; pero estos fenómenos rara vez se observan en el hombro y nunca en la cadera. La rubicundez jamás es muy intensa, y se asemeja mas al color del sarampion que al de la erisipela.

La tumefaccion de las articulaciones es debida no solo al derrame intra-articular, sino tambien á la congestion y á la fluxion de partes blandas. Para terminar lo relativo á los síntomas locales diremos, que segun lo hace notar M. Bouillaud, comunicando ciertos movimientos á las articulaciones enfermas, se oye un chasquido ó ruido de roce mas ó menos marcado, que este catedrático compara con los ruidos que produce el frote de la pleura y del pericardio. Sin embargo, este es un fenómeno bastante raro.

Cuando se afectan muchas articulaciones á un tiempo, hay un aparato febril mas ó menos intenso, que constituye la *fiebre reumática* de los autores. Entonces el pulso está frecuente, dilatado, duro y vibrante; el cutis caliente, halituoso, y muchas veces bañado de un sudor abundante y nauseabundo; la cara roja y animada; la lengua blanquecina; la sed es intensa; el apetito nulo; las deposiciones raras; la orina escasa y oscura; muchas veces hay cefalalgia gravativa; el sueño es agitado ó hay insomnio; por último, la sangre estraida de la vena es por lo menos tan rica en fibrina como la de los pulmoniacos, y se cubre al momento como la de estos de una costra densa y gruesa. La fiebre suele presentarse á veces uno ó muchos dias antes que los dolores; pero en el mayor número de casos se presenta con posterioridad ó al mismo tiempo que ellos.

El reumatismo que no ocupa al principio mas que una ó dos articulaciones se estiende despues á otras muchas; é infinitas veces se observa que, al invadir la enfermedad nuevas articulaciones, abandona las que habia ocupado primeramente. Estas mudanzas de sitio se verifican comunmente por la noche. Pero lo mas general es que en el reumatismo intenso sean acometidas á la vez

la mayor parte de las articulaciones: asi vemos que no solamente se afectan las de los miembros, sino tambien las de la mandíbula inferior, las del atlas y el axis, y de las vértebras cervicales y lumbares. Entonces está el paciente en decúbito dorsal, tan inmóvil como una estátua, y sin poder ejecutar el menor movimiento ni aun para satisfacer sus necesidades mas urgentes, y tiene las articulaciones en la posicion que mas completamente relajados deje los músculos y ligamentos que se atan á ellas. Los dolores y la tumefaccion se limitan comunmente á las articulaciones enfermas. Sin embargo, algunas veces se quejan los sugetos de dolores agudos en la continuidad de los miembros, lo cual indica la coincidencia de un reumatismo muscular; pero estas partes nunca están hinchadas ni edematosas, á no ser que haya alguna complicacion por parte del sistema circulatorio (como endocardítis, pericardítis ó flebitis). Con todo, cuando el reumatismo afecta simultáneamente articulaciones muy inmediatas unas á otras, la tumefaccion de cada una de ellas se estiende tambien al espacio intermedio; esto se observa principalmente en la mano y el pié, que se hinchan en toda su estension cuando se afectan á la vez todas las articulaciones pequeñas.

Por lo comun los dolores, intensos á todas horas, se exacerban habitualmente por la noche. Si hay sueño, es corto é interrumpido á cada momento bruscamente por un dolor intenso, escitado por uno de esos movimientos automáticos que con tanta frecuencia ejecutamos dormidos. La reaccion febril suele estar en razon directa del número de articulaciones enfermas. Se aumentan los sudores, y sin producir por lo comun alivio ninguno, son para los enfermos una nueva causa de ansiedad y malestar. Cuando han durado muchos dias, no es raro que se presente, principalmente en los tegumentos del tronco, una abundante erupcion miliar. M. Bouillaud lo ha notado con frecuencia.

El reumatismo articular tiene, como todas las enfermedades agudas, un período de incremento y otro de declinacion: sin embargo, su curso es irregular; es muy comun que despues de haber declinado la enfermedad, adquiera nueva violencia, y las articulaciones vuelvan á afectarse con la misma intensidad que antes, reproduciéndose diferentes veces estas alternativas.

A medida que disminuye la violencia de los dolores y que se circunscriben á menor número de articulaciones, disminuye tambien y desaparece despues el aparato febril; no es tampoco raro que cese este y se restablezca el apetito, aunque todavía padezcan algunas articulaciones si bien con poca intensidad. Puede suceder, por el contrario, que esten enteramente sanas todas las articulaciones y persista la fiebre con toda su fuerza; en este caso no tardan en reproducirse los dolores articulares. Este es un punto práctico importante en que con mucha razon ha insistido M. Chomel. La fiebre que continúa cuando no existen los dolores articulares, está sostenida, segun cree M. Bouillaud, por alguna flegmasia visceral, especialmente por una inflamacion del pericardio ó del endocardio. Esto es cierto en algunos casos, pero no en todos. Por otra parte, la continuacion de la fiebre durante la suspension efímera de los dolores, y sin que haya signos positivos de una flegmasia interior, nada tiene de sorprendente, porque, como dice M. Requin, ¿no se observa muchas veces que la fiebre intensa precede uno, dos y á veces tres dias á la flegmasia articular, sin que el aparato febril reconozca por causa ninguna inflamacion apreciable esterior ni interior?

Acabamos de hablar del reumatismo que corre de una articulacion á otra, y que por esto se ha llamado reumatismo *ambulante*. Sin embargo, algunas veces el reumatismo puede ocupar únicamente una articulacion, ya sea porque desde el principio se fije solo en ella, ya porque despues de haber atacado débilmente algunas se concentra en una sola; este es el *reumatismo fijo*. Esta forma de la enfermedad ha llamado desde mucho tiempo la atencion de los médicos. Acerca de ella publicó M. Genest en 1830 en los *Archives*, una memoria interesante. El reumatismo fijo se distingue del ambulante por su rebeldía, por su tenacidad, y porque rara vez va acompañado de complicaciones por parte de los demás órganos; pero en cambio suele ser á veces el orígen de tumores blancos. Se ha querido por último, establecer una diferencia segun que el reumatismo ocupaba las articulaciones grandes ó las pequeñas, como las de las falanges de los dedos. En este último caso se ha dado al reumatismo la denominacion de *gotoso*, pero esta distincion no es de importancia.

Complicaciones.—El reumatismo articular agudo se complica á menudo con diversas flegmasias, especialmente de los órganos pectorales, y sobre todo del pericardio y del corazon. Estas complicaciones han llamado casi siempre la atencion de los médicos. M. Chomel, en su tesis y otros diferentes escritos, ha hablado principalmente de la pericarditis que sobreviene en el curso de los reumatismos, y yo le he oido decir muchas veces, hace ya mas de veinte y cinco años, que en los reumáticos era necesario esplorar con frecuencia el tórax para reconocer desde el principio las flegmasias de la pleura y del pericardio, que generalmente suelen ser latentes. Un médico inglés, J. Johnson, en su disertacion sobre el reumatismo, obra traducida al francés en el año 1820, á continuacion del tratado de Guibert sobre la gota, habia hablado tambien muy detenidamente y de una manera muy especial de las complicaciones cardiacas.

Se ve, pues, que el conocimiento de este hecho no es de fecha reciente: sin embargo, por muy antiguo que sea, no puede negarse á M. Bouillaud la gloria de haber fijado la atencion de los médicos en estas complicaciones mas de lo que se hacia antes de él, y principalmente de haber demostrado que son mas comunes que lo que hasta ahora se creia. En efecto, M. Bouillaud ha probado en muchas de sus obras, que en el reumatismo agudo, violento, generalizado, la coincidencia de una endocarditis, de una pericarditis ó de una endopericarditis era la regla, y la no coincidencia la escepcion, al paso que en el reumatismo articular agudo, ligero, parcial, apirético, debia admitirse la proposicion en sentido inverso. Hace muchos años que me he dedicado á investigar por medio del estudio clínico si era fundada la opinion de M. Bouillaud, y analizando mas de cien observaciones de reumatismos articulares agudos febriles, me he convencido de que en mas de las tres cuartas partes habia presentado algunos fenómenos morbosos el centro circulatorio (1). En la séptima parte habia habido signos manifiestos de pericarditis; en todos los demás he comprobado ruidos morbosos en el corazon, desde el simple enronquecimiento, el estado cubierto, confuso, de los ruidos naturales hasta la produccion del de fuelle y de

(1) La proporcion de las complicaciones cardiacas varía tal vez segun el género de tratamiento que se aplica, como diremos mas adelante. Los resultados aqui indicados no pueden servir para resolver esta cuestion; porque están fundados en notas tomadas solamente en vista de complicaciones cardiacas, sin tener en cuenta el género de tratamiento adoptado.

lima, existiendo casi siempre en el primer tiempo solamente. Estos ruidos morbosos no indican necesariamente la endocarditis; porque, como dice muy bien M. Bouillaud, se necesita el concurso de otros muchos síntomas para caracterizar esta afeccion. En efecto, en algunos casos parece que estos ruidos han sido completamente independientes de todo trabajo inflamatorio, y que se referian á la formacion espontánea de coágulos fibrinosos sin endocarditis. Por último, es preciso recordar que en los sugetos anémicos á quienes se ha sacado mucha sangre, puede tambien depender el ruido de fuelle cardiaco de la disminucion de los glóbulos del mismo líquido.

La pericarditis y la endocarditis no son las únicas flegmasias que pueden complicar el reumatismo: con frecuencia se observa tambien la inflamacion de las pleuras, que casi siempre sobreviene, lo mismo que las inflamaciones cardíacas, de una manera oscura, latente y sin escitar dolor. Por el contrario, la pneumonía es muy rara y la peritonitis lo es mas todavía; pero las complicaciones encefálicas parece que son algo mas frecuentes. Asi es, que de vez en cuando se observa que algunos reumáticos sucumben rápidamente á consecuencia de una meningitis intercurrente, ó caen como heridos de un rayo y mueren en pocos instantes en un estado comatoso ó en medio de convulsiones, sin que la autópsia revele la causa de la muerte. El doctor Hutchinson ha publicado en 1839 en la *Lancette* inglesa tres casos de paraplegia que sobrevinieron en el curso de un reumatismo articular; en la autópsia se encontró la médula intacta; el líquido céfalo-raquidiano era mucho mas abundante. M. Bouillaud dice que tampoco es muy rara la flebitis en el curso del reumatismo articular; pero esta proposicion nos parece dudosa. Por último, en ciertas constituciones, como se observó principalmente á fines del siglo último, se complica algunas veces el reumatismo con disenteria.

¿Cómo se verifican estas complicaciones? Los antiguos solo veian en ellas los efectos de un retroceso ó metástasis del reumatismo á los órganos internos. Esto es en efecto lo que parece que sucede algunas veces. Pinel y M. Andral han visto sobrevenir una peritonitis agudísima y mortal, inmediatamente despues de haber desaparecido unos dolores reumáticos; pero en el mayor número de casos se declaran las complicaciones, especialmente en la pleura y pericardio, sin que haya alivio ninguno en el estado local; y generalmente tambien se observa que sobrevienen los síntomas flegmásicos en el corazon, cuando mas agudos son los dolores articulares. Por eso tiene razon hasta cierto punto M. Bouillaud, cuando dice que el pericadio y el corazon se afectan en los reumáticos de la misma manera que las articulaciones. Estas flegmasias intercurrentes siguen el mismo curso que si fuesen primitivas, y aunque de orígen reumático, no tienen la movilidad de los síntomas articulares. He visto, sin embargo, en 1845 una escepcion muy notable á esta regla en una señora parienta mia que, acometida de un reumatismo articular de los mas violentos, ha presentado los síntomas estetoscópicos de una neumonía doble, y despues solamente los de una neumonía del lado izquierdo, que aparecian y desaparecian de un dia á otro, siguiendo exactamente las alternativas de la afeccion articular. En los cuatro meses que ha durado la enfermedad, todo el lóbulo inferior del pulmon izquierdo se hepatizó, luego desapareció la hepatizacion, volvió á hepatizarse, y se repitió esta alternativa diez ó doce veces. Con decir que este he-

cho estraordinario ha sido observado por M. Louis, tiene en mi concepto todas las garantías posibles de autenticidad. En un ataque subsecuente, pero menos fuerte, que sobrevino durante el verano de 1848, se reprodujeron por espacio de quince dias los mismos fenómenos.

Duracion.—Es sumamente variable la duracion del reumatismo articular agudo generalizado. La mayor parte de los autores confiesan que es muy incierta. Pinel creia que podia variar entre siete y sesenta dias, y M. Requin dice que no es raro que la enfermedad se prolongue hasta el fin del tercer mes. M. Chomel, reconociendo lo variable que es la duracion del reumatismo en sus diversas especies, decia ya en su tesis que rara vez pasaba la enfermedad del segundo ó tercer septenario, cuando era intensa. Esta es en efecto la duracion media del reumatismo cuando se combate con el tratamiento apropiado generalmente seguido por los médicos.

Sin embargo, M. Bouillaud dice que los enfermos sujetos á su tratamiento se curaban en la mitad del tiempo que los demás, puesto que el reumatismo se resolvia en ellos en uno ó dos septenarios. Pero algunos años atrás, en una discusion en la Academia de medicina, probamos que respecto del particular vivia M. Bouillaud en una ilusion profunda, pues sus observaciones probaban todo lo contrario de lo que él pretendia. A la manera de calcular de M. Bouillaud se deben los resultados favorables que proclama. Hace con frecuencia abstracion del tiempo pasado fuera del hospital, y toma por duracion de la enfermedad la duracion del mismo tratamiento. En la actualidad, contando como todo el mundo, se le ve fijar su convalecencia de la manera mas arbitraria. ¿Quién habia de creer que declarase convalecientes individuos que tienen aun calentura, doloridas aun las articulaciones, y cuya alimentacion consiste toda en un poco de caldo de pollo? Fácilmente se comprende que calificando de convalecientes á individuos realmente enfermos, se tiene un procedimiento cómodo para abreviar mucho la duracion de una enfermedad, y si ademas se prescinde ó hace caso omiso del tiempo pasado fuera del hospital, se obtendrán sin esfuerzo esos resultados fabulosos que de algunos años á esta parte son objeto de nuestra admiracion. Pero si se analizan los hechos con mas rigor, si se coloca la convalecencia en la época debida, es decir, en el momento en que ha cesado *completamente* la calentura, en que las articulaciones quedan libres, y el enfermo puede empezar á tomar alimentos, se ve que los mismos individuos de quienes se decia que se habian curado en siete ó catorce dias, han tardado al menos veinte y uno. M. Bouillaud nada ha podido contestar á este argumento, cuyo valor y fuerza han aumentado las críticas hechas por todos los que han tratado de analizar los hechos de M. Bouillaud, entre los cuales citaré muy particularmente á MM. Requin (1), Valleix (2) y Castelnau (3),

Lo que precede se aplica solo al reumatismo articular agudo y generalizado, y en ninguna manera al reumatismo fijo. Este es en efecto mucho mas rebelde, y su duracion, siempre incierta, deja rara vez de alcanzar los tres septenarios, y se prolonga con frecuencia algunos meses.

Terminaciones y consecuencias.—Todos los autores están conformes, y la

(1) *Leçons cliniques sur le rhumatisme.*
(2) *Guide du médecin praticien*, t. X, p. 91.
(3) *Gazette des hopitaux*, mayo, 1850.

esperiencia de todos los dias lo demuestra, en que el reumatismo articular agudo termina en el mayor número de casos por la curacion sin dejar rastro ninguno, á no ser que pase al estado crónico. Hemos visto, sin embargo, que en algunas ocasiones podia tener la enfermedad una terminacion funesta, que casi siempre es producida por alguna de las complicaciones que hemos enumerado ya, y particularmente por una pericarditis, una endocarditis, ó diversos accidentes cerebrales.

Algunos autores han admitido ademas que el reumatismo podia matar por sí mismo, que podia ser la causa única de la muerte, cuando, por ejemplo, terminaba por supuracion. Pero despues de lo que hemos dicho, creemos que, sin negar en términos absolutos la posibilidad de que el reumatismo termine por supuracion en ciertas condiciones especiales, es preciso convenir con M. Chomel en que esta terminacion no está probada por ningun hecho seguro. Lo mismo sucede por la terminacion por gangrena.

Si bien el reumatismo rara vez quita la vida, á lo menos de un modo inmediato, puede no obstante producir accidentes mas ó menos graves. Asi es, que en muchos individuos un reumatismo articular agudo es el orígen, la causa eficiente de una lesion orgánica del corazon. Este es un hecho perfectamente demostrado por los trabajos de M. Bouillaud; y aunque dicho profesor cree estos casos mas comunes de lo que en realidad son, no admite, sin embargo, duda la influencia del reumatismo en la produccion de las enfermedades orgánicas del corazon, y yo mismo he tenido ocasion de comprobarla muchas veces.

El reumatismo es una de las enfermedades mas espuestas á reincidencias; es raro que el individuo que la ha padecido una vez no sufra otros varios ataques.

Diagnóstico.—Rara vez es difícil el diagnóstico del reumatismo. El que está generalizado no puede confundirse con los dolores articulares del muermo y de las reabsorciones purulentas, porque en estas afecciones se declaran casi siempre los dolores artríticos muchos dias despues de presentarse un estado general mas ó menos grave, y van acompañados ademas de diversos accidentes que indican su naturaleza. Todavía es mas difícil confundir con un reumatismo articular agudo los dolores vivos y contusivos de que se quejan los enfermos en muchas articulaciones al principio de ciertas afecciones febriles; porque la presion no exacerba estos dolores, y no van acompañados ni de tumefaccion ni de rubicundez. El reumatismo articular fijo, se distingue solo por los conmemorativos, de las torceduras y de la artritis traumática. Recordaré aquí que en los casos de reumatismo fijo es preciso examinar el estado de las partes sexuales; porque ya hemos visto que algunas veces la blenorragia aguda, se presenta acompañada de dolor y tumefaccion en una ó muchas articulaciones.

Pronóstico.—Aunque el reumatismo solo termine rara vez de un modo funesto, debe, sin embargo, considerarse como una afeccion grave: 1.° por los dolores que le acompañan; 2.° por su duracion siempre incierta; 3.° por las graves complicaciones que pueden sobrevenir de un momento á otro; 4.° por sus consecuencias y frecuentes reincidencias. Por otra parte, varía mas ó menos la gravedad del pronóstico segun la intensidad del reumatismo, el número

de articulaciones afectadas, la fuerza de la calentura y la naturaleza de las complicaciones. El reumatismo fijo es grave, porque no se puede calcular su duracion, que siempre es larga, y porque con bastante frecuencia ocasiona tumores blancos.

Etiología.—El reumatismo, raro en la infancia, casi desconocido antes de la edad de seis años, se presenta principalmente de los quince á los cuarenta. Tambien es raro que sobrevenga el primer ataque de reumatismo pasada esta edad. Los hombres le padecen con mas frecuencia que las mujeres. El reumatismo es una afeccion hereditaria, tal vez en la mitad de los casos, segun resulta de las investigaciones de M. Chomel. Es tanto mayor la predisposicion á padecerle, cuanto mayor número de ataques ha tenido ya el sugeto. No perdona esta enfermedad ningun temperamento ni constitucion; sin embargo, M. Bouillaud cree que están mucho mas predispuestos los sugetos de temperamento sanguíneo ó linfático-sanguíneo, que tienen la epidermis blanca y fina y el pelo rubio. M. Chomel ha visto tambien que en los reumáticos predomina el temperamento sanguíneo. El reumatismo es una enfermedad comun á todos los paises del globo; pero parece que predomina en los climas templados en que la atmósfera es á la vez fría y húmeda. Asi es que yo he calculado con documentos oficiales á la vista, que los regimientos que en Inglaterra presentan 50 atacados de reuma por cada 1,000 hombres, no presentan mas que 40 en el Canadá, 38 en Gibraltar, 34 en Malta, 33 en las Bermudas, 29 en la Jamáica. Tambien parece que el mayor número de reumatismos no se observa ni durante los grandes calores, ni durante los frios rigorosos. Nada se sabe de positivo acerca de la influencia del régimen; sin embargo, están bastante conformes los autores en considerar los escesos de todas clases como causas predisponentes suficientemente enérgicas. Las únicas causas eficientes cuya accion está demostrada, son las fatigas corporales, y principalmente la impresion del frio húmedo estando el cuerpo caliente. Es indudable que esta causa obra con bastante frecuencia; pero en el mayor número de casos no se puede comprobar su existencia: si ha obrado, ha sido sin saberlo los enfermos, los cuales no tienen de ella el mas mínimo conocimiento, ó al menos no conservan de ella ningun recuerdo.

El reumatismo ha reinado algunas veces epidémicamente; Storck, Mertens y Stoll citan algunos ejemplos; pero estas pequeñas epidemias siempre han sido muy limitadas y su duracion bastante corta.

Tratamiento.—Se han empleado contra el reumatismo articular una infinidad de medicaciones mas ó menos enérgicas. La principal consiste en las emisiones sanguíneas, que han contado numerosos partidarios, debiendo citar entre otros á Sarcone, Tissot, Sauvages y antes que ellos á Sydenham, el cual, convencido al fin de su carrera de lo arriesgada que era semejante práctica, aconsejaba recurrir á una medicacion mucho menos activa. En estos últimos tiempos ha avanzado M. Bouillaud mucho mas que todos sus predecesores, porque ha querido aplicar al reumatismo su fórmula de la sangría, repetida una tras otra. Lo que hemos dicho en muchos puntos de esta obra acerca de la imposibilidad y peligro de formular anticipadamente y reducir á reglas fijas el uso de las emisiones sanguíneas, podria dispensarme de volver á ocuparme de este punto. Pero en un libro de la naturaleza de este, conviene procurar que se ponga en

guardia, contra un método irracional y pernicioso á los enfermos, á los que empiezan la carrera. Hemos ya reducido antes á su justo valor las pretensiones de M. Bouillaud, estableciendo que su método no abrevia en lo mas mínimo la duracion del reumatismo, y que no era provechoso en el estado agudo hacer perder una gran cantidad de sangre. La sangría no es un medio indiferente; decir que es inútil es probar que es perjudicial. Si Sydenham, á pesar de que no sacaba mas que 2 libras y media de sangre en cuatro ó seis dias, se vió obligado á renunciar á su método despues de haber reconocido que agotaba las fuerzas y deterioraba la constitucion, ¿qué no ha de suceder cuando en un tiempo mas corto se hacen perder de 3 á 7 libras de sangre? Por otra parte, los dos médicos, únicos en París, segun yo creo, que han esperimentado el método de las sangrías copiosas, le han reconocido graves inconvenientes. M. Monneret señala como un efecto del tratamiento la longitud de las convalecencias y la dificultad que hay en sugetos ya debilitados, de tratar las recaidas, las recidivas y las enfermedades agudas que pueden sobrevenir en una época próxima del precedente ataque. M. Legroux dice tambien que en los casos mas afortunados las sangrías repetidas dejan en pos de sí una anemia mas ó menos pronunciada, convalecencias algunas veces largas, una propension á las reincidencias, y las acusa ademas de muy propias para favorecer las complicaciones torácicas. Esta reconvencion parecerá tal vez fundada si se comparan las proporciones diferentes de ruidos morbosos indicados por M. Bouillaud y por los médicos que combaten el reumatismo con otros métodos (1). Pero no se crea que porque nos declaramos contra el abuso de las emisiones sanguíneas, hemos de caer en el estremo de proscribirlas en el tratamiento del reumatismo, segun queria Giannini. Este esceso seria tan perjudicial y digno de reprobacion, como el primero; pero conformes con la opinion de la mayor parte de los médicos ilustrados, y particularmente de M. Chomel, creemos que debe usarse la sangría con mucha moderacion. Se sangrará una, dos ó tres veces cuando mas, á no ser que haya indicaciones especiales; se hará lo mas inmediatamente posible despues de la invasion, pues está probado que las sangrías son tanto mas útiles, cuanto menos avanzada esté la enfermedad. Al proscribir las sangrías abundantes en el tratamiento del reumatismo, estoy conforme con casi todos los médicos y podria invocar las mas respetables autoridades. Bástame, sin embargo, apoyarme en el testimonio de Sydenham, Stoll y Cullen.

En la época de la introduccion en Francia del método rasoriano, algunos médicos esperaron sacar de él algun partido en el tratamiento del reumatismo articular, pero los hechos no tardaron en demostrar la poca utilidad del emético á altas dosis, á pesar de haber esperimentado este medicamento manos tan hábiles como las de Laënnec, Dance y M. Chomel. Sabido es que Morton habia fundado esperanzas en el uso de la quina contra el reumatismo articular; Cheyne la creyó igualmente útil, y Held la consideró como un específico. Fue tambien preconizada por el portugués Tavarés, por Giannini, por Fothergill, por Haygarth, por Alfonso Leroy y por M. Andonart, y en general se administraba á dosis bastante altas. Este medio habia caido en desuso, cuando volvió á emplearle M. Briquet hace algunos años, con la diferencia de que en lugar de la quina usaba el sulfato de quinina á altas dosis. Los hechos recogidos y publi-

(1) Véase, para mas pormenores, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, t. XV, p. 716, 753, 825.

cados por este médico distinguido y por su discípulo Grandhomme, los observados recientemente por Legroux, los obtenidos en el hospital de Lodi por el doctor Mascheroni, consignados en 1843 en la *Gazette de Milan*, y los de nuestra práctica particular, son favorables á este método, que es útil, pero no infalible. Lo hemos en efecto esperimentado muchas veces; y en unos veinte casos, únicos que he recogido escrupulosamente, la duracion media del reumatismo ha sido de unos quince dias, contando desde los primeros dolores hasta la curacion completa. M. Monneret, que ha ensayado esta medicacion, reconoce tambien que es ventajosa; pero no la cree capaz de curar la enfermedad con mas seguridad que otros muchos remedios. Sin embargo, como el sulfato de quinina administrado en las circunstancias que hemos indicado, ha producido muchas veces graves accidentes y aun la muerte, debe emplearse con mucha precaucion y sin que llegue nunca la dosis á cuatro ó cinco escrúpulos como se ha hecho algunas veces con imprudencia. Creemos que al principio solo deben darse veinte granos del sulfato de quinina; por grados se podrá subir hasta treinta y aun cuarenta y no pasar nunca de sesenta; esta dosis se administra en cinco ó seis onzas de vehículo y se da á cucharadas teniendo cuidado de suspender el medicamento ó dejar grande intervalo entre las dosis, en cuanto sobrevengan vértigos, sordera y debilidad de la vista, que indican una accion tóxica sobre el encéfalo. Conviene tambien advertir que si bien esta medicacion alivia muy pronto ó hace desaparecer rápidamente los dolores y la fiebre, se ve tambien que inmediatamente despues de suspendido el remedio, y á veces aun cuando se continúe su administracion, sobrevienen recaidas, y tal vez con mas frecuencia y facilidad que cuando se emplea cualquiera otra medicacion.

Habiendo hablado del sulfato de quinina, debemos decir algo del nitrato de potasa á dosis altas, que parece obrar del mismo modo, es decir, como hipostenizante. MM. Desportes, Martin-Solon, Gendrin, Stroeber y Forget son los médicos que mas han recomendado en estos últimos tiempos el uso de este remedio, que ya habia sido empleado anteriormente por Brocklesby y Macbride, M. Martin-Solon que leyó sobre este punto de terapéutica un trabajo importante en la Academia de medicina (21 de octubre de 1843) administra el nitro desde diez y seis escrúpulos á dos onzas, y asegura que termina la enfermedad entre cuatro y diez dias, y mas comunmente al séptimo. Su accion, dice este hábil y activo profesor, es suficiente en los casos mas intensos, cuando son simples. Este resultado se obtiene sin otro medio aparente que una depresion del pulso y una disminucion del calor. En atencion á la rapidez de sus efectos, cree M. Martin-Solon que el tratamiento por el nitro evita las complicaciones cardíacas, acorta las convalecencias y hace menos frecuentes las recaidas; pero no ejerce accion ninguna sobre el reumatismo articular fijo, ni sobre el que invade muchas articulaciones y es enteramente apirético. Sin embargo, conviene advertir que el nitro á dosis altas puede tener inconvenientes, pues se han visto algunos enfermos que han muerto rápidamente en un estado de resolucion y colapso, á pesar de que la dosis no habia llegado á media onza. Estos ejemplos desgraciados no deben retraernos de la administracion del remedio en los casos en que está indicado; pero sí deben hacernos prudentes é impedirnos que administremos grandes dosis desde el principio: de consiguiente deberá tantear-

se primeramente la susceptibilidad del sugeto, prescribiendo dosis moderadas como 60 ú 80 granos.

El opio se ha empleado mucho de unos quince años acá. MM. Trousseau y Bonnet especialmente han tratado cierto número de reumatismos que cedieron al momento á las aplicaciones de las sales de morfina por el método endérmico. Por otra parte, Corrigan y M. Requin han usado con frecuencia el opio interiormente; yo tambien le he administrado en iguales circunstancias, y he visto que es útil en los reumatismos muy dolorosos, generalmente acompañados de poca hinchazon y no mucha calentura. En tales casos hemos visto la enfermedad ceder completamente en dos semanas. Pero por el contrario el opio me ha parecido contraindicado y tal vez perjudicial en los reumatismos que tienen una forma inflamatoria. Cuando se cree conveniente administrar el opio, hay que proporcionar la dosis á la violencia de los dolores, y tantear la susceptibilidad de los enfermos. Conviene empezar por dos granos en cuatro píldoras; y despues, segun los efectos que se obtengan, se aumenta progresivamente la dosis hasta seis ú ocho granos en las veinte y cuatro horas. Corrigan administra con frecuencia diez ó doce granos; pero no nos atrevemos á recomendar semejante conducta.

Entre los muchos medicamentos recomendados contra el reumatismo articular, citaremos todavía el acónito, los sudoríficos, las fricciones mercuriales, la digital, el arsénico y principalmente el cólchico. Sin embargo, este último parece poco eficaz, segun resulta de los ensayos hechos por M. Monneret. ¿Debe esperarse mejor éxito de la veratrina, que el distinguido médico M. Piedagnel ha celebrado en estos últimos tiempos? Creo que no. Sin negar que este medicamento puede ser útil en algunos casos, se nos figura despues de haberlo esperimentado, que es muy inferior el sulfato de quinina.

Resumiendo, pues, diremos, que cuando el reumatismo es intenso y el sugeto robusto, es preciso empezar por una ó dos copiosas sangrías. Las emisiones sanguíneas locales convienen menos que las generales; solo son ventajosas para combatir el reumatismo muy doloroso, limitado á una ó dos articulaciones. Estas se cubren ademas con cataplasmas emolientes rociadas con láudano y es mejor aun cubrirlas con un paño mojado en cloroformo, lo que acarrea un alivio notable. Sin embargo, en algunos casos se exacerban los dolores con estos tópicos, y de consiguiente hay que abstenerse de ellos. Los baños tibios, recomendados por algunos, son mas perjudiciales que útiles, porque los enfermos se enfrian generalmente al tomarlos, y se agravan los dolores con los movimientos que hay que hacer para colocarles en el baño. Se administrarán bebidas suaves, atemperantes, ligeramente nitradas, tibias, ó á la temperatura del aposento, y en cantidad moderada; pues dar muchas bebidas de una vez, como han aconsejado algunos, es añadir un nuevo tormento á los muchos que ya padecen los enfermos. Si hay estreñimiento se administrará de cuando en cuando un ligero laxante. Se colocarán los miembros de modo que se evite todo lo posible el aflujo de sangre hácia las articulaciones. Este es un punto en que han insistido con razon M. Gerdy y M. Piorry. Si hay insomnio y se exacerban los dolores por la noche, será conveniente escitar el sueño con una pequeña dosis de opio (un grano). Por último, inútil es advertir que en este caso es indispensable la dieta absoluta, y que solo debe darse alimento á los enfermos cuando haya cesado completamente la fiebre.

Los medios preventivos del reumatismo articular consisten principalmente en los recursos higiénicos. M. Reveillé-Parise, que estudió detenidamente esta interesante cuestion en 1835 en el *Bulletin de thérapeutique*, reduce el tratamiento profiláctico de la enfermedad á los medios siguientes: 1.° evitar las causas del enfriamiento del cutis; 2.° el uso de baños comunes y de aguas termales; 3.° el uso permanente de vestidos de franela en contacto inmediato con el cutis; 4.° el uso mas ó menos frecuente de ciertos escitantes esteriores, como las friegas secas generales ó parciales.

Sitio y naturaleza del reumatismo articular.—Despues de haber leido con atencion lo que precede, y principalmente los resultados que suministra la anatomía patológica, se verá que no es fácil determinar cuál es el sitio del reumatismo articular. ¿Reside esta enfermedad en las partes fibrosas y tendinosas de las articulaciones, ó bien en el tejido seroso? Bichat y especialmente M. Chomel sostienen la primera opinion, y M. Bouillaud se ha declarado en favor de la segunda. Nada tiene de particular suponer que el reumatismo articular tenga primitivamente su residencia en el tejido fibroso ó fibro-celular de las articulaciones; pero si se admite esta proposicion es preciso convenir con M. Chomel, en que la afeccion de estas partes, sea cual fuere su naturaleza, trastorna en cierto modo las funciones de los órganos inmediatos, y determina en ellos fenómenos morbosos, cuya intensidad parece proporcionada á la de la afeccion primitiva. Con arreglo á esta teoría, los síntomas inflamatorios que presentan las membranas sinoviales serian accidentes secundarios que podrian colocarse en la misma línea que la inflamacion de los tegumentos que igualmente puede observarse al nivel de las articulaciones enfermas. Sin embargo, el mismo M. Chomel dice, que estos síntomas inflamatorios no equívocos parece que reciben de la causa que los produce, una modificacion particular que influye en su curso y terminacion. Todo induce á creer que la afeccion primitiva que suponemos no es de igual naturaleza que la secundaria, á no ser que admitamos que la diferencia aparente que presentan, dependa de la diversidad de estructura de los tejidos. Pero no podemos admitir esta opinion; porque el reumatismo, como ya hemos dicho, es uno: se ha podido ver que, ya resida en los músculos, ya en las partes fibrosas, siempre es la misma afeccion; de consiguiente, no es posible que sea inflamatoria en un caso y de distinta naturaleza en otro. Pero se concibe fácilmente que, segun su estension y los tejidos que afecta, pueda provocar ó no el desarrollo de accidentes secundarios, como lo son en el reumatismo articular los síntomas inflamatorios locales ó generales. Si no se adoptase esta opinion; si, por el coutrario, se quisiese hacer del reumatismo articular una enfermedad primitiva y esencialmente inflamatoria, deberiamos por lo menos no caer en el estremo que M. Bouillaud, el cual considera el reumatismo articular agudo, ó valiéndome de su lenguaje, la *artritis, por enfriamiento*, como el *tipo de las enfermedades inflamatorias que están bajo el dominio de la medicina.* Pero compárese, como lo ha hecho Stoll, la inflamacion verdadera con la reumática; compárese, por ejemplo, la enfermedad articular con las complicaciones inflamatorias del pericardio, del endocardio y de las pleuras; compárese por último la artritis reumática con la traumática, y se encontrarán entre ellas tantas diferencias, que es absolutamente imposible confundirlas. En efecto, tenemos el sitio múltiple, la estremada movilidad, la ir-

regularidad de su curso, la persistencia de la fiebre, independientemente de todo síntoma local, y los resultados negativos que suministran casi siempre las autópsias. Y si á esto se agrega que no hay ningun ejemplo de reumatismo terminado por gangrena, y que no está probado que se haya verificado nunca la terminacion por supuracion, habrá que admitir que el reumatismo, sea ó no inflamatorio, es una afeccion de naturaleza especial, una afeccion *sui generis* que debe colocarse aparte en el cuadro nosológico, y que siempre debe distinguirse, tanto en la teoría como en la práctica, de las inflamaciones francas ó verdaderas.

DEL REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO.

El reumatismo articular crónico es una afeccion acaso mas comun que el agudo, al cual sucede casi siempre: sin embargo, en algunos casos es primitivamente crónico.

Anatomia patológica.—El reumatismo articular crónico, no tiene ningun carácter que le sea peculiar. Es cierto que con frecuencia se presenta acompañado de algunas lesiones; pero estas son variables, y no se sabe tampoco en qué proporcion se presentan. M. Chomel ha hecho seis autópsias y en tres de ellas no encontró alteracion alguna ni en las articulaciones, ni en los músculos; en las otras tres habia diversas lesiones. En todas halló úlceras superficiales de los cartílagos, y en dos estaban reemplazados estos de trecho en trecho por un tejido celular rojizo, vascular, que se desprendia fácilmente y dejaba el hueso descubierto debajo. Morgagni y Latour (d' Orleans) encontraron una lesion idéntica; el tejido celular que cubria esteriormente la membrana sinovial, presentaba ademas un color rojo ó lívido, como si se hubiese estravasado por él la sangre. Por último, en el tercer caso encontró M. Chomel una lesion muy notable: la membrana sinovial estaba desprendida y levantada de la superficie del hueso, y sembrada de agujeros redondos como si se hubiesen hecho con un sacabocados. En los puntos correspondientes á estos agujeros, estaba enteramente destruido el tejido compacto, y solo existia el tejido esponjoso rojizo. El doctor Ballot (de Gien), ha descrito en un caso de reumatismo crónico, lesiones casi idénticas. Las demás alteraciones que pueden encontrarse en las articulaciones afectadas hace mucho tiempo de reumatismos crónicos, son todas las que se encuentran en las anquilosis y en los tumores blancos, cuya descripcion se halla en las obras de cirujía, y que constituyen lesiones enteramente consecutivas. Por último, hinchándose habitualmente los huesos, hipertrofiándose y engrosándose las partes tendinosas, resultan alteraciones mas ó menos considerables de forma en las articulaciones, especialmente en las mas pequeñas, como son las de los dedos de los piés y de las manos, y á veces tambien variaciones de relacion entre las superficies articulares. Estas alteraciones de forma dependen tambien muchas veces del depósito de concreciones calcáreas tofáceas, depositadas primitivamente en los tejidos fibrosos, y que á medida que van aumentando, pueden penetrar por un lado en la articulacion y abrirse paso por el otro al esterior destruyendo el tegumento.

Síntomas y curso.—En el reumatismo crónico puede ser casi nulo el dolor ó faltar enteramente, en cuyo caso el único fenómeno que se observa es una

dificultad en los movimientos. Sin embargo, casi en todos los casos están mas ó menos doloridas las articulaciones enfermas, y algunas veces suele adquirir el dolor al menos momentáneamente la misma intensidad que en la forma aguda; pero nunca hay rubicundez. La presion no influye en los dolores, ó bien los exacerba; generalmente hay tumefaccion, debida á la congestion y mas todavía á los derrames que se verifican en la articulacion, igualmente que á las demás alteraciones de nutricion de los ligamentos y partes fibrosas circunstantes. Los dolores del reumatismo crónico difieren de los del agudo en que los primeros no son tan movibles; se exacerban á veces por la noche, se calman otras con el calor de la cama; pero casi siempre se aumentan en las estaciones frías y húmedas. Los enfermos tienen generalmente la pretension de ser una especie de barómetros vivos, y de indicar las variaciones atmosféricas con algunos dias de anticipacion; pero M. Chomel ha demostrado hace mas de treinta años que semejante pretension no era tan cierta como se creia.

En el reumatismo crónico siempre son dificultosos los movimientos, y aun pueden hallarse completamente abolidos; como sucede por precision cuando las articulaciones han perdido su forma y están rodeadas de tofos. Si se puede ejecutar los movimientos, se oyen á veces cuando se rozan las superficies articulares, ruidos ó chasquidos como si hubiesen perdido el pulimento y presentasen desigualdades.

Cuando los dolores son moderados y solo existe la afeccion en un corto número de articulaciones, no se observa ningun trastorno en las funciones orgánicas; mas no sucede lo mismo en los casos contrarios. Efectivamente, muchos enfermos, aniquilados por la continuidad de los dolores y debilitados por la falta de ejercicio, se estenuan, no digieren bien, y algunos se ven acometidos por una fiebre héctica. Sin embargo, esta no se presenta sino en los casos de complicacion, cuando por ejemplo, se carían los huesos. La mayor parte de los que padecen reumatismo, mueren de resultas de una afeccion intercurrente. Segun M. Bouillaud, ocupan el primer lugar en este caso las afecciones del corazon. Muchos de estos enfermos precisados á estar continuamente en posicion supina, llegan á tener escaras en el sacro, y sucumben de resultas de los desórdenes consecutivos á ellas.

El reumatismo crónico rara vez dura menos de tres ó cuatro meses: muchas veces se prolonga indefinidamente.

Tratamiento.—No convienen las evacuaciones sanguíneas, á no ser que haya una fluxion demasiado fuerte hácia una ó varias articulaciones, pues entonces deben aplicarse algunas sanguijuelas ó ventosas escarificadas. Los medios mas ventajosos contra esta enfermedad son los revulsivos cutáneos (linimentos escitantes, amoniacales, vejigatorios, fuentes, moxas y la cauterizacion transcurrente); los baños y chorros de vapor simples ó aromáticos. Tambien se han recomendado los baños sulfurosos artificiales ó naturales, las aguas de Aix, de Eaux-Bonnes, de Gréuolx, de Luxon ó bien se envia á los enfermos á Lousche, á Borbonia, á Mont-Dor, á Néris, á Baden, á Bagneres, á Barejes, á Vichy, etc. Podriámos citar casi todas las aguas minerales, especialmente las termales que por sus propiedades estimulantes convienen contra los reumatismos crónicos. Hace algunos años que las aguas alcalinas sobre todo las de Vichy están muy en boga, porque administradas en baño y bebida, parece que han aliviado

á muchos reumáticos, y aun á veces dicen que han disuelto las concreciones tofáceas. El catedrático Trousseau ha reconocido en los baños de sublimado una grande eficacia contra el reumatismo crónico (de dos dracmas á dos onzas de sublimado para un baño de un adulto); prescribe un baño diario ó cada dos dias, hasta que se inflamen un poco las encías; entonces los suspende ó los da mas de tarde en tarde, hasta que la tumefaccion y el dolor hayan desaparecido completamente. Este tratamiento va acompañado de bebidas sudoríficas concentradas, de algunos baños simples y de vapor, y se termina con fumigaciones de cinabrio en un aparato en que la cabeza está libre de la accion del vapor mercurial. Por último, á los medios hidroterapéuticos han cedido reumatismos rebeldes á la mayor parte de los que hemos enumerado.

Se ha recomendado igualmente contra el reumatismo crónico la electricidad, el galvanismo y la acupuntura; pero aun no están conformes los autores en el grado de utilidad de estos medios. Interiormente se han administrado los purgantes, los sudoríficos y el sulfato de quinina; pero ninguno de estos medicamentos ha dado resultados ventajosos. En cuanto al ioduro de potasio y al aceite de hígado de bacalao, recomendados en estos últimos tiempos, no hay suficientes hechos para formar un juicio acertado, y necesitamos que se aumenten antes de emitir nuestra opinion que ahora seria aventurada. Los enfermos que padecen de reumatismo deben ir completamente vestidos de franela interiormente, y con vestidos de abrigo encima; deben habitar un sitio seco, bien ventilado y que reuna las mejores condiciones higiénicas posibles.

¿*Hay alguna diferencia entre la gota y el reumatismo*? Todos los autores casi, escepto M. Chomel, distinguen el reumatismo de la gota, y comprenden bajo esta última denominacion una enfermedad caracterizada por el dolor, la tumefaccion y la rubicundez de las pequeñas articulaciones, que ocupa casi siempre al principio la primera articulacion del dedo gordo, movible en los ataques subsiguientes, que puede estenderse á las grandes articulaciones, y dar lugar secundariamente á diversos trastornos, especialmente en el aparato digestivo.

La gota se distingue del reumatismo: 1.° por atacar primitivamente las articulaciones pequeñas que entonces están muy hinchadas, rojas y doloridas, y en especial las del dedo gordo; 2.° porque los síntomas se presentan en forma de parasismos bastante regulares, especie de accesiones en número de tres ó cuatro, lo cual constituye un ataque de gota, cuya duracion media es de dos septenarios; 3.° porque la orina contiene gran cantidad de ácido úrico; 4.° porque la gota viene acompañada con mas frecuencia que el reumatismo de síntomas gástricos: 5.° porque coexiste con mucha frecuencia con la litiasis; 6.° porque al cabo produce alrededor de las articulaciones, una especie de concreciones calculosas llamadas *tofos*, compuestas especialmente de ácido úrico libre, ó unido á una base como la cal; 7.° porque afecta casi esclusivamente á los individuos de la clase rica; 8.° porque es hereditaria y se desarrolla bajo la influencia de causas que dependen principalmente de los alimentos, y no como el reumatismo, por la impresion del frio. Pero ¿esto constituye verdaderas diferencias? Creo que no, y he aqui nuestras pruebas. Se ve muchas veces que empieza el verdadero reumatismo por las pequeñas articulaciones, y la gota ataca á las grandes, y en uno y otro caso se presenta la misma serie de síntomas

mas locales. Las exacerbaciones de que se hace mencion en la gota, se encuentran tambien en el reumatismo, y no son raros los síntomas gástricos, especialmente en ciertas constituciones médicas; sabido es tambien que el reumatismo es tal vez la enfermedad aguda en que mas oscura se presenta la orina, y mayor cantidad de ácido úrico contiene. ¿Se dirá que la gota es hereditaria? Pero sabemos que, segun las investigaciones de M. Chomel, tambien lo es el reumatismo. ¿Se admitirá como carácter distintivo las concreciones tofáceas? Pero M. Requin ha demostrado que el reumatismo podia tambien producirlas lo mismo que la gota, cuando atacaba, como esta las articulaciones pequeñas. En cuanto á la coincidencia de la gota con la litiasis, afecciones á que se atribuye un mismo orígen, ha hecho notar M. Requin que se ha exagerado mucho la frecuencia de esta coexistencia, y que habiéndose admitido sin razon que la gota era enfermedad de ricos, y el reumatismo de pobres, necesariamente se habia de deducir esta diferencia entre una y otra bajo el punto de vista de su coexistencia con la litiasis, porque los ricos tienen incontestablemente por su manera de vivir, el triste privilegio de ser mas frecuentemente atacados del mal de piedra. Diremos pues, que la diátesis reumática coexiste algunas veces con una diátesis úrica, es decir, con una tendencia de la economía á producir en las vías urinarias y alrededor de las articulaciones uratos de cal. Pero estas dos diátesis no dependen la una de la otra; existen con frecuencia separadas, se unen á diversos grados, y son original y positivamente distintas. Se ha querido establecer un diagnóstico diferencial fundado en signos todavía mas ilusorios; asi es que se ha supuesto que en la gota se presentaba el dolor bajo la forma de un punto, y en el reumatismo era mas estenso. He conocido un antiguo médico del *Hôtel-Dieu* de París, muy atacado de reuma, el cual se fundaba en este carácter para determinar si tenia reumatismo ó gota, creyéndose atacado de ambas afecciones á la vez. Los signos distintivos deducidos de los síntomas, del curso y de los accidentes consecutivos son tan infieles, que M. Guilbert, que ha escrito un tratado muy bueno acerca de la gota, no creia posible establecer con ellos un diagnóstico seguro, y decia que el único medio de distinguir las dos afecciones era el exámen de las causas. Suponia pues, que los dolores que sucedian á la impresion del frio, pertenecian al reumatismo, al paso que los que sobrevenian por otra causa, ó sin que se hubiese comprobado esta en individuos pertenecientes á la clase rica, caracterizaban la gota. Semejante raciocinio no necesita seguramente refutacion. En resúmen, nosotros creemos con MM. Chomel y Requin que nada legitima una distincion fundamental entre la gota y el reumatismo articular. Diremos como M. Pidoux, que la gota es un reumatismo que se desarrolla en sugetos de una organizacion particular, en condiciones hereditarias ó higiénicas que no son las de todos los reumáticos.

ENFERMEDADES ESPECIALES DEL CUTIS.

DEL PRURIGO.

La palabra *prurigo*, derivada de *pruritus*, prurito, sirve para designar una enfermedad especial del cutis, caracterizada por pápulas (1), y acompañada de una comezon á veces insoportable.

Las pápulas del prurigo son mas ó menos numerosas; comunmente están limitadas á una region como los hombros, la nuca, las partes genitales, ó bien están diseminadas por toda la superficie de los tegumentos. Estos granillos son discretos, aislados y muy visibles; conservan el color de la epidermis; unos son muy pequeños, poco prominentes, y van acompañados de un prurito moderado (*prurigo mitis*); otros son mayores, mas numerosos, mas prominentes, pero aplastados, y van acompañados de un prurito insoportable, que se aumenta con el calor de la cama, despues de comer, y con las bebidas estimulantes. A causa de la sensacion de hormigueo que le acompaña, se ha dado á esta forma el nombre de *prurigo formicans*. En este caso se rascan los enfermos, se frotan con cepillos ásperos ó con lienzos gordos, se arañan, se dislaceran la piel. Muchas veces se forma entonces en el vértice de las pápulas escoriadas por las uñas una pequeña concrecion sanguínea, negruzca, que da á la erupcion, dice M. Cazenave, un aspecto particular característico.

Si la enfermedad es simple y benigna, termina por resolucion en dos ó tres septenarios; las pápulas desaparecen sin dejar vestigio; á veces solo se observa en el sitio que ocupan una ligera descamacion furfurácea. Sin embargo, muchas veces, y con especialidad en los viejos y en los sugetos débiles, se invetera la enfermedad, y dura muchos años; entonces se vuelven las pápulas mas duras, y se ensanchan. M. Cazenave las ha visto adquirir en estos casos el volúmen de un guisante. Este médico distinguido hace notar que de cuando en cuando presenta el prurigo exacerbaciones mas ó menos graves, acompañadas de una erupcion de pápulas nuevas y de crisis de comezon verdaderamente insoportables. Entonces es, dice, cuando no encuentran los enfermos cuerpos bastante duros para rascarse y desollarse. Al cabo de mucho tiempo se alteran al fin los tegumentos, y el dermis y los tejidos subyacentes se endurecen é hipertrofian; en estos casos se complica muchas veces la enfermedad con otras varias erupciones, y especialmente con el eczema, el impétigo, el ectima, los forúnculos, con abcesos del tejido celular, etc. En los sugetos poco aseados, y especialmente en los viejos, suele haber ademas muchos insectos que pertenecen por lo comun al género *pediculus* (piojo); este es el *prurigo senilis* de Willan. Finalmente, cuando la alteracion es muy estensa, se observa, aunque pocas veces, que se altera la salud general, pierden los enfermos el apetito, tienen diarrea, y sucumben en un estado de marasmo.

El prurigo puede ocupar los diversos puntos de la superficie del cuerpo; pero mas comunmente se observa en la cara, en el cuello, en la nuca, en la

(1) Es decir, unos granillos llenos, sólidos.

espalda, en la superficie esterna de los miembros y especialmente de los superiores, y en las partes genitales.

Diagnóstico.—Luego diremos en qué se distingue el prurigo del líquen. Se diferencia fácilmente de todas las afecciones vesiculosas, y sobre todo del eczema, por la violencia del prurito y particularmente por la falta de vesículas. Hay, sin embargo, entre el prurigo y la sarna cierta semejanza de fisonomía que ha dado lugar á errores; pero pueden evitarse considerando las diferencias que hay entre las dos afecciones por su sitio y por su forma elemental. En efecto, el prurigo ataca principalmente los miembros en el sentido de la estension, y la sarna se presenta de preferencia en el de la flexion: esta se compone de vesículas, de las cuales parte un surco en cuyo fondo está acurrucado el *acarus scabiei*, mientras que en el prurigo son unas eminencias, unos botoncitos enteramente macizos y duros, enteramente llenos, sin surco en su base, y que tienen en su vértice un pequeño coágulo negruzco, que como ya hemos dicho, es un fenomeno absolutamente secundario.

Pronóstico.—El prurigo, por su rebeldía y frecuentes reincidencias, constituye una afeccion grave, que acibara los últimos años de algunos ancianos ó sugetos debilitados. Tal sucedió, segun Alibert, á Platon, Carlos V, Carlos IX, etc.

Etiología.—El prurigo es mas frecuente en los hombres que en las mujeres; ataca especialmente á los niños y á los viejos; se encuentra á menudo en los sugetos desaseados, que tienen un mal régimen y están entregados á escesos alcohólicos. Sin embargo, tampoco es raro que se desarrolle la enfermedad en circunstancias opuestas. Jamás es contagiosa.

Tratamiento.—Si el prurigo afecta á un sugeto jóven y robusto, debe emplearse un tratamiento antiflogístico, es decir, una sangría general ó sanguijuelas aplicadas á las inmediaciones de la erupcion, baños tibios, bebidas atemperantes, lociones frías, etc. Si la enfermedad es antigua, si el sugeto está debilitado, se emplearán con preferencia las bebidas amargas, los baños alcalinos compuestos con 4 ó 6 onzas de sub-carbonato de potasa, un régimen tónico y algunos derivativos intestinales. Si resiste á estos medios la afeccion, se administrarán los preparados sulfurosos interior y esteriormente. En tales casos se han recomendado una multitud de pomadas: las mas usadas son las de calomelanos (una dracma por onza de manteca), de sub-borato de sosa (en la misma proporcion), la de brea (de media á una dracma por onza de manteca), la de Helmerich, una pomada alcalina compuesta de cal apagada 2 dracmas, subcarbonato de sosa y láudano, de cada cosa media dracma, manteca una onza. A estos medios se agregan los baños fríos, simples ó alcalinos, los salados, los de mar y los ácidos (de 1 á 5 onzas de ácido clorhídrico para un baño); pero Cazenave dice que rara vez ha obtenido buenos resultados con estos últimos. Por fin, los baños mercuriales y las fumigaciones de cinabrio serán útiles en los mismos casos, especialmente si se trata de un prurigo pedicular.

DEL LÍQUEN.

La palabra *líquen*, que ha tenido muchas y diversas significaciones en me-

dicina, designa en el dia una enfermedad caracterizada por ampollitas duras, sólidas, llamadas *pápulas*, casi siempre aglomeradas y pruriginosas.

Esta enfermedad puede ser aguda, pero mas comunmente es crónica; y se presenta bajo dos formas principales, designadas con los nombres de líquen *simplex* y líquen *agrius*.

Líquen simplex.—Las pápulas de líquen simplex son del tamaño de un grano de mijo, aglomeradas en mayor ó menor número, rojas, y están acompañadas de un prurito muy incómodo, y aun de un escozor bastante vivo, si es aguda la enfermedad. Sin embargo, al cabo de algunos dias disminuyen estos síntomas locales, y á no ser que sobrevengan nuevas erupciones, termina aquella en siete ú ocho dias por una ligera descamacion furfurácea. El líquen agudo ocupa casi siempre la cara ó el tronco. Cuando el líquen simplex es crónico (que es lo mas comun), las pápulas tienen regularmente el color de los tegumentos, los cuales están erizados de pequeños tumores ligeramente pruriginosos, que permanecen estacionarios por espacio de muchas semanas ó meses enteros; entonces generalmente se verifican de tiempo en tiempo diferentes erupciones sucesivas. MM. Cazenave y Schedel dicen, que el líquen simplex crónico va siempre acompañado de un engrosamiento mas ó menos considerable del cutis, y da lugar con frecuencia á una esfoliacion abundante. Esta erupcion se presenta con preferencia en los miembros, y principalmente en la cara dorsal de las manos.

Líquen agrius.—El líquen agrius puede ser primitivo ó suceder al simplex. Está caracterizado por pápulas aglomeradas, muy pequeñas, rojas, apoyadas contra un fondo eritematoso, que se estiende mas allá de la erupcion. Esta va acompañada de una comezon y de un escozor escesivos, que se aumentan con el calor de la cama, despues de comer y de beber líquidos espirituosos; estas sensaciones son á veces tan vivas, que los enfermos se rascan con furor con cuerpos sumamente ásperos. En lugar de disminuir hácia el quinto dia, como en el líquen simple, se aumentan los accidentes; el vértice de las pápulas se ulcera, y fluye de ellas un líquido sero-purulento que se concreta en forma de pequeñas costras amarillentas, blandas, poco adherentes, que cuando se caen, son reemplazas por escamas delgadas. Entonces, dice M. Cazenave, disminuye algunas veces la rubicundez; se verifica la descamacion, y termina la enfermedad al cabo de doce ó quince dias. Pero en el mayor número de casos se segrega sin cesar un líquido mas ó menos abundante, y se renuevan las escamas en cuanto se caen. En el estado crónico es cada vez menos considerable la cantidad de líquido segregado; las escamas son mas secas, y van reemplazadas por una esfoliacion farinácea. Entonces está la piel mas ó menos adelgazada. En este grado puede durar la enfermedad meses enteros. Se han admitido muchas especies de líquenes: se ha descrito el líquen *strophulus*, variedad que afecta esencialmente á los niños de pecho, que siempre se presenta bajo la forma aguda, y consiste, segun dicen MM. Cazenave y Schedel, en una erupcion, por lo comun general, de pápulas mas rojas ó mas blancas que el resto de la epidermis, acompañada de una comezon muy viva. Ademas se admite: 1.° el líquen *pilaris*, que tiene su sitio en los puntos provistos de pelos y se le considera muy rebelde; 2.° el líquen *circunscriptus*, en el cual están dispuestas las pápulas en grupos circunscritos de figura irregularmente circular; 3.° el líquen

de los miembros inferiores, que se presenta algunas veces acompañado de un color lívido de las pápulas, ó bien está mezclado con petequias: esta es la forma que Willan llama líquen *lividus*; 4.° por último, los niños, especialmente durante el calor, padecen una variedad de líquen que ha recibido el nombre de *urticatus*, porque las pápulas prominentes, voluminosas, rodeadas de una aureola rojiza, recuerdan las ampollas de la urticaria; son fugaces como estas, y van tambien acompañadas de escozor.

Diagnóstico.—Consistiendo el líquen en pápulas, es decir, en pequeños botoncitos enteramente sólidos, se distingue fácilmente de las erupciones vesiculosas (*eczema, herpes, sarna*). Sin embargo, preciso es confesar que algunas veces es muy difícil distinguir el líquen agrius del eczema crónico; pero se verá entonces si hay algunas pápulas, y se atenderá al estado de la epidermis, que se halla engrosada, áspera y rugosa; alteracion consecutiva, pero enteramente característica, y que no se encuentra en los eczemas. El prurigo, por el contrario, tiene la misma lesion elemental; pero las pápulas son en él mas anchas, aplastadas, y casi siempre su vértice, escoriado por el roce, está cubierto de una pequeña concrecion sanguínea.

Pronóstico.—El líquen no es afeccion grave; pero sí incómoda y generalmente rebelde: el *agrius* es el peor.

Etiología.—El líquen no respeta edad ninguna; es frecuente en estío y primavera, y se presenta á menudo en los paises situados entre los trópicos. En la cara se desarrolla muy comunmente por los ardores del sol y por los estravíos en el régimen; los escesos alcohólicos se cuentan entre sus causas determinantes. Tambien se presenta con bastante frecuencia en los antebrazos y manos de los sugetos que manejan habitualmente sustancias pulverulentas, como los drogueros, ó bien de los que, como los herreros, se hallan espuestos á un calor ardiente.

Tratamiento.—En el líquen *simplex* agudo bastan las bebidas diluentes, los laxantes y algunos baños tibios ó frios y un régimen suave. Si la enfermedad es crónica, se prescribirán baños alcalinos; y si se resiste, se untarán las partes con una pomada de calomelanos, de brea ó de alcanfor. El líquen *agrius*, si está muy inflamado, podrá reclamar el uso de la sangría; se insistirá en los baños emolientes y en las cataplasmas de féculas. Mas adelante se prescribirán los baños sulfurosos y alcalinos; y si la enfermedad no cede, se emplearán esteriormente las pomadas de deuto-ioduro de mercurio, y se procurará modificar las superficies por medio de lociones y chorros hidrosulfurosos, á beneficio de un vejigatorio ó de la cautorizacion con el azotato de plata. Cuando es intenso el prurito y se resiste á todos estos medios, aconseja M. Baumés la compresion con una chapa de plomo, ó simplemente con una venda.

DE LA URTICARIA.

SINONIMIA.—Fiebre urticada, porcelana; *uredo, purpura urticata, epinyetis pruriginosa, essera.*

Se da el nombre de *urticaria* á un exantema no contagioso, formado de chapas prominentes irregulares, mas blancas ó mas rojas que el tegumento adyacente, muy fugaces, y acompañadas siempre de un prurito incómodo. La

urticaria se llama asi porque la erupcion se asemeja mucho á la que produce en el cutis el contacto de las ortigas (*urtica urens*). Esta enfermedad es conocida desde muy antiguo, y fue ya bien descrita por Celso y posteriormente por los árabes.

Síntomas y curso.—La urticaria presenta algunas veces prodromos, tales como malestar, laxitudes, cansancio, calentura, pérdida del apetito, saburra gástrica, vómitos y diarrea. Otras veces aparece la erupcion sin alteracion alguna en la salud. Entonces se quejan los enfermos en diferentes partes del cutis de un prurito intenso que les escita á rascarse. En los mismos puntos aparecen chapas duras y prominentes, redondeadas ú ovaladas, cuya estension varía desde dos líneas á dos pulgadas; unas son ligeramente sonrosadas; otras, por el contrario, mas blancas que las partes inmediatas. Su número varía: unas veces no hay mas que dos ó tres; otras son muy abundantes, y en muchos puntos se presentan confluentes. Esta erupcion va acompañada de una sensacion de escozor y de un prurito muy incómodo, que se aumenta despues de comer, con el calor de la cama y aproximándose á la lumbre, no dejando descansar un momento á los enfermos. Estas chapas desaparecen muy pronto por lo comun: muchas veces solo duran tres ó cuatro minutos; otras, persisten una, dos y tres horas; pero se reproducen en distintos puntos. En ocasiones van acompañadas de una ligera esfoliacion del epidermis: sin embargo, en ciertos casos puede permanecer estacionaria una misma chapa sin alteracion alguna por espacio de uno, dos ó tres septenarios (*urticaria perstans* de Villan).

Variedades.—Villan ha admitido seis variedades de urticaria, que pueden reducirse á tres: 1.° la urticaria *febril*, ó *fiebre urticaria* propiamente dicha (*urticaria febrilis*), que generalmente viene precedida y siempre acompañada de un movimiento febril, y depende con frecuencia de un trastorno de las funciones digestivas. Su duracion media es de siete dias. Esta variedad se presenta algunas veces con los síntomas de una fiebre intermitente. MM. Cazenave y Schedel la han visto reproducirse entonces con regularidad durante las accesiones, y desaparecer del todo en la apirexia, sin que sea posible determinar si en tales casos no era la urticaria mas que un epifenómeno, ó bien constituia la afeccion principal; 2.° la urticaria *fugaz* (*urticaria evanida*), que no va acompañada de fiebre ni generalmente de malestar, que se presenta y desaparece al cabo de algunas horas, y se reproduce asi con intervalos mas ó menos largos por espacio de meses y aun años. Biett la ha visto durar siete años consecutivos; 3.° hay otra variedad muy rara, que es la que se ha llamado *urticaria tuberosa*, porque está formada por verdaderas tuberosidades duras, profundas, prominentes, muy dolorosas, que entorpecen los movimientos de los miembros en que se presentan, que aparecen por la tarde ó por la noche y desaparecen al dia siguiente, dejando á los enfermos mas ó menos débiles y abatidos (*epinyctis*). Esta forma de urticaria es rara, y su duracion, que nunca baja de dos ó tres meses, se ha estendido en algunos casos á tres ó cuatro años.

Diagnóstico.—La forma, el color, la elevacion de las chapas, el prurito y la duracion efímera de la enfermedad, caracterizan suficientemente la urticaria, y no permiten confundirla con el eritema ó con otra enfermedad, y especialmente con el *liquen urticans*.

Pronóstico.—La urticaria no pone en riesgo la existencia, pero constituye

una afeccion atormentadora, tanto por la comezon que ocasiona, como por el largo tiempo que muchas veces dura.

Causas.—La urticaria es mas comun en los niños, en las mujeres y en los sugetos irritables y nerviosos, y mas á menudo tambien se observa en las estaciones y paises calientes. Muchas veces sobreviene sin causa apreciable; pero con frecuencia es consecutiva á una conmocion moral viva, ó á la ingestion de ciertas sustancias, tales como el bálsamo de copáiva, ciertos pescados, varios mariscos, como las almejas, etc. En otros sugetos que tienen una idiosincrasia particular, producen el mismo efecto ciertas frutas, la carne de puerco y las carnes ahumadas. Por último, la urticaria puede ser producida directamente por el contacto de las hojas de las ortigas, de ciertas orugas, y aun por el simple roce en individuos muy predispuestos.

Tratamiento.—La urticaria producida por causas directas ó locales se disipa comunmente por sí sola; sin embargo, si la comezon es muy viva, podrán emplearse baños alcalinos compuestos de 2 á 3 onzas de sub-carbonato de potasa, ó bien se harán lociones con el agua blanca. Cuando la urticaria viene acompañada de calentura, es preciso prescribir bebidas atemperantes, acídulas, baños tibios, laxantes y dieta. Es raro que haya que recurrir á las emisiones sanguíneas, á no ser que el sugeto sea pletórico. Si la enfermedad sobreviene á consecuencia de la ingestion de ciertos alimentos, se administrará inmediatamente un vomitivo ó un purgante, segun que estas sustancias esten en el estómago ó en los intestinos; despues se prescribirá una bebida muy acidulada. Si dichos alimentos han producido una indigestion, se dará alguna infusion teiforme aromática.

La urticaria crónica suele ser muy rebelde, y su persistencia depende á veces del género de vida de los sugetos. Por eso aconseja Willan que se vayan modificando sucesivamente los diferentes manjares y bebidas de que hacen uso los pacientes, y asi se consigue muchas veces descubrir la sustancia que es incompatible con la idiosincrasia del sugeto. En estas urticarias crónicas son útiles los purgantes repetidos, las bebidas acídulas y las sustancias amargas. Tambien son muy ventajosos los baños, que se prescriben tibios ó frios, simples, alcalinos ó ácidos (de 1 á 4 onzas de ácido sulfúrico). En los sugetos débiles surten muy buenos efectos los baños de mar. Por último, Biett ha curado una urticaria rebelde con la disolucion de Fowler, y otras con los chorros y baños de vapor. Sea aguda, sea crónica la enfermedad, cuando haya muy incómodo prurito, se ensayarán las lociones acídulas para calmarle, y si hay insomnio se prescribirá el opio. La urticaria que depende de una fiebre intermitente se combatirá con el sulfato de quinina.

DE LA ELEFANTIASIS DE LOS GRIEGOS Ó LEPRA TUBERCULOSA.

La elefantiasis de los griegos es una enfermedad caracterizada por el desarrollo en diversos puntos del cuerpo, y especialmente en la cara, de *tubérculos* irregulares, blandos, rojos ó lívidos al principio, que luego adquieren un color amarillo ó bronceado, y van acompañados de una alteracion profunda de los tegumentos, que se ponen rugosos, gruesos, agrisados, morenos, como la

piel del elefante. Por esta semejanza ha recibido la enfermedad el nombre de elefantiasis (1).

Anatomía patológica.—Los puntos afectados del cutis están erizados de pequeños tumores, impropiamente llamados tubérculos, que tienen su sitio, unos en el espesor del mismo cutis, y otros debajo de esta membrana; su tejido es blanquizco y resistente; el cutis que los cubre está adelgazado y encogido; muchas veces hay úlceras lívidas ó cubiertas de costras, que suceden á la supuracion de los tubérculos. Cuando se divide el dermis, dice M. Gibert, se encuentran comunmente las capas superficiales del tegumento adelgazadas, secas, y como apergaminadas; otras veces se advierte un engrosamiento marcado del dermis, y un desarrollo como erectil del tejido vascular de Heichhorn. El tejido celular sub-cutáneo está engrosado, endurecido ó supurado.

Las membranas mucosas están mas ó menos alteradas, y presentan por todos lados un color bronceado; la conjuntiva está hinchada, la córnea adelgazada, y la pupila muy frecuentemente obliterada; se encuentran tubérculos análogos á los del cutis en la bóveda del paladar, en la lengua, en la faringe y en la laringe; la mucosa de estas partes está engrosada, desprendida, destruida. El estómago está sano; pero, segun M. Gibert, los folículos de Peyero se encuentran algunas veces hipertrofiados, endurecidos ó ulcerados.

Síntomas y curso.—A la aparicion de los tubérculos preceden comunmente manchas amarillas ó rojizas en los blancos, y de un color negro mas oscuro en los negros; si hay pelos en la parte, varian igualmente de color. Bien pronto se desarrollan al nivel de las manchas tumores rojizos, blandos, lívidos, cuyo volúmen varía desde el de un guisante hasta el de una nuez y mas. El cutis, cuya sensibilidad era muy obtusa cuando no habia mas que manchas, se vuelve sumamente sensible y dolorido. Si, como sucede casi siempre, la enfermedad ocupa la cara, están horriblemente alteradas las facciones: las ventanas de la nariz, dicen MM. Cazenave y Schedel, se dilatan; se forman tubérculos informes en las alas y en el lóbulo de dicho órgano, y hasta en la boca; las orejas se ponen monstruosas; los labios se abultan; las pestañas y las cejas se caen; el cutis adquiere un color bronceado general que se estiende tambien á las mucosas inmediatas. El de los miembros, profundamente surcado, untuoso y reluciente, se cubre de tubérculos enormes, aplastados; el tejido celular subyacente está hinchado, y estas regiones, mas ó menos deformes, tienen un aspecto repugnante. Por último, la sensibilidad, que era tan viva, se vuelve obtusa, y á veces es nula; se apaga la voz, se debilita la vista, se pierde el olfato, el tacto se embota mas y mas, y á veces se pervierte del modo mas estraño. Se ha dicho que en estos enfermos era muy frecuente la satiriasis; pero esto no se ha observado frecuentemente á lo menos en Paris.

En una forma mas grave aun de la enfermedad, se forman úlceras de mal carácter, se cubren luego de costras, y son reemplazadas mas adelante por cicatrices deformes, por último, al cabo de mas ó menos tiempo resultan mutilaciones mas ó menos graves.

La elefantiasis puede curarse, en cuyo caso se resuelven los tubérculos;

(1) En patología cutánea, sirve la voz *tubérculo* para designar unos tumores pequeños, duros, mas ó menos superficiales, acompañados comunmente de un color anormal del cutis. Estos tubérculos pueden resolverse, ó terminar por supuracion y ulceracion.

pero casi siempre es incurable, y los pacientes sucumben consumidos por una fiebre héctica ó á consecuencia de alguna complicacion.

Diagnóstico.—No hay la menor dificultad en distinguir la elefantiasis de los griegos de la lepra propiamente dicha ó lepra vulgar que, como ya hemos visto, es una afeccion escamosa. La elefantiasis de los árabes tampoco tiene analogía alguna con la de los griegos, porque no está caracterizada como esta por tubérculos, sino por un engrosamiento del cutis y del tejido celular. Muchos confunden la lepra tuberculosa con la sífilis. Sin embargo, los tubérculos sifilíticos son mas pequeños, duros y de color de cobre, al paso que los otros son blandos, rojizos y mas anchos. Importa mucho conocer la enfermedad desde el principio, cuando solo hay manchas. En estos casos nunca podemos tener certeza absoluta; pero la insensibilidad del cutis al nivel de las manchas y la alteracion, de los pelos podrán dar alguna luz, especialmente si el enfermo habita ó hace poco que habitaba en un país en que es endémica la lepra tuberculosa.

Pronóstico.—El pronóstico es sumamente grave, porque la enfermedad casi siempre es incurable.

Etiología.—La elefantiasis de los griegos es rara en Francia; la mayor parte de los que la padecen vienen ó son originarios de las colonias. No son conocidas las causas que la engendran; algunos pretenden que es producida por habitar en sitios húmedos, por el uso de carnes saladas, y con especialidad por la de cerdo; pero aun no están demostrados estos asertos. La enfermedad no es contagiosa, y rara vez es hereditaria.

Tratamiento.—En un principio, y cuando solo hay manchas, debe combatirse la enfermedad con linimentos escitantes y vejigatorios volantes. Cuando ya hay tubérculos, se emplean las pomadas fundentes resolutivas, los chorros de vapor acuoso, y los baños alcalinos. Finalmente, se ha aconsejado en estos casos el uso interior de los sudoríficos, de los preparados arsenicales y de la tintura de cantáridas. Biett ha obtenido tambien buenos resultados con el iodo, y principalmente con la cauterizacion. Es preciso someter á los enfermos á un buen régimen, y sobre todo hacerlos mudar de país.

DEL LUPUS, HERPES CORROSIVO Ó ESTIOMENO.

El lupus es una enfermedad crónica del cutis, que casi siempre tiene su residencia en la cara, caracterizada por el desarrollo de manchas, y mas comunmente de tubérculos violados y rojizos, que se ulceran y tienen una gran tendencia á destruir los tejidos inmediatos en profundidad y superficie.

El lupus se presenta con especialidad en la cara, y con preferencia en la nariz, carrillos y labios. En el tronco afecta generalmente el pecho y los hombros; no es muy raro en el cuello ni en la cara esterna del antebrazo, ni en el empeine del pié, ni en la superficie dorsal de las manos, que son los puntos en que mas se ceba. Tambien ataca algunas veces en la mujer las partes esternas de la generacion. M. Huguier ha publicado recientemente acerca del estiomeno de esta region, un trabajo interesante inserto en el tomo XIV de las *Mémoires de l'Académie de médecine.*

Síntomas y curso.—La enfermedad empieza casi siempre por el desarrollo

de uno ó varios tumorcitos duros, de un color rojo oscuro é indolentes, que pueden permanecer estacionarios por espacio de mas ó menos tiempo, pero que al fin se ulceran.

Sin embargo, en algunos casos, en vez de empezar por un tubérculo, empieza por una simple rubicundez violada, y poco á poco se va adelgazando el cutis y se ulcera. Sea cual fuere su modo de empezar, una vez desarrollada la úlcera, segrega una materia icorosa, ácre, que escoría las partes inmediatas, y se cubre de costras mas ó menos gruesas y agrisadas. La úlcera puede permanecer mucho tiempo superficial, sin interesar mas que las primeras capas del dermis; pero muchas veces se propaga en profundidad, y no solamente corroe todo el grueso de los tegumentos, sino que destruye ademas las partes blandas subyacentes. Algunas veces se observa que á medida que se propaga hácia un lado la úlcera, se cicatriza del otro; en cuyo caso la cicatriz que se forma es desigual, indeleble, y se asemeja en todo á la de las quemaduras en sus distintos grados. En la cara produce este trabajo destructor deformidades horrorosas. La nariz, dice M. Gibert, se destruye generalmente del todo, y solo queda en su lugar una abertura triangular corroida y separada en dos partes por el tabique de las fosas nasales; los párpados están rasgados, vueltos hácia fuera y rojizos; los labios y los carrillos están corroidos, perforados y atravesados por surcos profundos, desiguales, mamelonados, formados por cicatrices disformes. Por último, el rostro hinchado, infartado, desfigurado, privado de sus rasgos mas notables, se convierte en un objeto de horror y disgusto, que les inspira á los mismos pacientes y á los demás una aversion casi insuperable. Lo mas notable, añade M. Gibert es, que en medio de tales desórdenes apenas hay dolor. Algunos enfermos solo se quejan de prurito y escozor. Tambien es raro que á pesar de estos accidentes, se altere la salud general. En efecto, casi siempre se ejecutan con regularidad las funciones mas importantes; no hay calentura, y las fuerzas se conservan á no existir alguna complicacion.

Sin embargo, no siempre se presenta el lupus con los mismos caracteres. Ofrece, en efecto, una multitud de gradaciones, de variedades intermedias, desde su estado mas ligero hasta su grado mas intenso; de suerte, dice M. Gibert, que comparando los dos estremos; parecen enfermedades enteramente distintas. Biett, y posteriormente MM. Cazenave y Schedel, han admitido tres variedades principales de lupus: 1.° el lupus que se estiende en superficie; 2.° el que destruye en profundidad; 3.° el hipertrófico. En el primero no hay por lo comun costras ni tubérculos; el cutis se pone rojo, se adelgaza y esfolia; está liso, reluciente y se asemeja á la cicatriz reciente de una quemadura superficial; en este caso desaparece la rubicundez por la presion, y esta aumenta el dolor. Si se contiene el mal desaparece la rubicundez y no se verifica la esfoliacion epidermoidea; pero el cutis queda delgado, reluciente, y liso al tacto como si se hubiese adelgazado. Algunas veces empieza esta especie de lupus por unos tubérculos pequeños, cuyos vértices se ulceran. En tal caso puede estenderse mucho la úlcera, á toda la cara, por ejemplo.

En la segunda variedad agota el lupus su accion en un punto circunscrito, como el lóbulo de la nariz ó una mejilla, llegando á perforarle en muy poco tiempo.

El lupus con hipertrofia casi siempre tiene su sitio en la cara, y solo se suele observar en los sugetos escrofulosos. Va acompañado de una tumefaccion á veces enorme de la cara.

Todas estas diferentes variedades de lupus pueden encontrarse en un mismo sugeto.

Diagnóstico.—Se distingue el lupus de las sifílides corrosivas tuberculosas, porque en estas se observa el color cobrizo propio de las afecciones venéreas, y la úlcera agrisada está circunscrita por bordes cortados perpendicularmente; por último, los conmemorativos y los síntomas concomitantes no dejarán duda alguna. Tampoco se confundirán en un principio con el lupus las induraciones que suceden al *acne rosácea*, porque estas son rojas y dolorosas y están rodeadas de un círculo eritematoso; ademas se encuentran en sus alrededores algunas pústulas, que constituyen, como es sabido, la lesion elemental de la enfermedad. Se distingue el lupus del cáncer cutáneo, en que solo ataca á los jóvenes; en la poca intensidad de los dolores, y en el aspecto de las úlceras, que en el cáncer son fungosas y tienen los bordes duros y vueltos hácia fuera.

El *noli me tangere* es una forma de cáncer que difiere del lupus, en que se presenta bajo la forma de un tubérculo *solitario*, con *dolores lancinantes*, y rodeado de una base dura y circunscrita. Ademas, la cauterizacion exacerba siempre el mal, y una vez formada la úlcera, destruye todos los tejidos, sin que le contengan ni aun los huesos, lo que no sucede con el lupus.

Pronóstico.—El lupus es una afeccion sumamente grave, aunque no comprometa la existencia.

Etiología.—El lupus afecta con preferencia á los niños y á los jóvenes de doce á veinticinco años: es casi desconocido despues de los cuarenta. Se presenta con igual frecuencia en los hombres y en las mujeres; pero es mas comun en los sugetos linfáticos y escrofulosos. Algunos médicos le consideran como un efecto de la diátesis escrofulosa, mas esta opinion no está fundada. Se desconocen las causas especiales que pueden producir la enfermedad.

Tratamiento.—El tratamiento del lupus es principalmente local. Es preciso procurar modificar la vitalidad de las partes á beneficio de sustancias irritantes y aun cáusticas: por eso se han propuesto al principio de la afeccion las unturas con las pomadas de precipitado blanco, de azotato de plata, y de proto y deuto-ioduro de mercurio. Tambien se ha recomendado con especialidad el ioduro de azufre combinado con la manteca en proporciones variables (de 20 granos á una dracma por onza de escipiente); otros hacen la cura con el estoraque, y M. Payan cirujano del hospital de Aix recomienda mucho la aplicacion en sustancia del estoraque líquido. A estos medios se añaden los chorros de vapor simplemente acuosos ó aromáticos. Por último, se ensayará la compresion. Pero todos estos remedios son casi siempre impotentes, y no evitan que se forme la úlcera. Luego que se desarrolla esta, hay que recurrir á un medio mas violento, cuál es la cauterizacion. Para esto se ha propuesto el azotato de plata y de mercurio, la pasta arsenical de fray Cosme, los polvos de Dupuytren, la pomada de cloruro de zinc, el cáustico de Viena, etc. Este último se maneja con mas comodidad. Antes de operar es preciso tener cuidado de hacer caer las costras á beneficio de cataplasmas emolientes, y despues

se aplica el cáustico á toda la superficie enferma, y aun algo mas allá de sus límites; cuando caiga la escara se hará una cura simple. Si la úlcera no tiene buen aspecto se recurrirá á una nueva cauterizacion, pues es raro que baste la primera.

Muchas veces será útil emplear al mismo tiempo los chorros de vapor, con especialidad en la forma hipertrófica.

El tratamiento general se limita comunmente al uso de algunas bebidas amargas y de baños simples. Sin embargo, si el sugeto es escrofuloso, será preciso sujetarle al régimen higiénico y al uso de los medicamentos que hemos aconsejado al tratar de las escrófulas. Por último, hay un medicamento que ha producido muy buenos efectos en manos de M. Emery, contra los lupus mas rebeldes. Me refiero al aceite de hígado de bacalao, que el médico que he nombrado administra en tales casos á dósis enormes como una libra, libra y media y aun mas al dia. M. Duvergie que ha ensayado tambien este medicamento, no vacila en calificarle del mas eficaz de cuantos se conocen.

Cuando el lupus ocupa las partes genitales esternas, es menester tener muy en cuenta las aberturas vulvar y anal, que esperimentan con frecuencia un angostamiento considerable, al cual es necesario oponerse por medio de la introduccion de candelillas y lechinos untados con un cuerpo grasiento ó con una pomada resolutiva.

DE LAS MANCHAS Ó MÁCULAS.

Pueden sobrevenir diferentes colores á consecuencia de algunas enfermedades cutáneas, segun hemos visto ya. En este momento solo queremos hablar de los colores que realmente constituyen enfermedades verdaderamente idiopáticas; tales son el *léntigo* y las *efélides*.

DEL LENTIGO Ó PECAS.

Está caracterizado el léntigo por unas manchitas de un color amarillo leonado, que nunca esceden del tamaño de una lenteja y á veces son mas pequeñas; que casi siempre congénitas, no suelen desarrollarse algunas veces hasta los diez ó doce años, y ocupan especialmente la cara, el cuello, la parte anterior del pecho, las manos y los antebrazos. Se encuentran estas manchas mas particularmente en los sugetos linfáticos, que son rubios, colorados y tienen la piel fina y blanca; en estas manchas no se observa prurito ni descamacion. Generalmente son persistentes; á veces desaparecen durante el invierno, y vuelven á presentarse en la primavera ó el estío.

DE LAS EFÉLIDES Ó MANCHAS HEPÁTICAS.

Las efélides son unas manchas irregulares mucho mas estensas que las del léntigo, de un color amarillo azafranado, pruriginosas, que á veces dan lugar á una ligera esfoliacion. Se encuentran con especialidad en la parte anterior del cuello, en el pecho, en las mamas en la mujer, en el vientre y en la parte interna de los muslos. No son raras en el rostro de las mujeres embarazadas.

No producen ningun trastorno apreciable en la salud; pero muchas veces escitan un prurito incómodo que se aumenta despues de comer, con el calor, con las conmociones morales fuertes, y en los períodos menstruales. Estas manchas pueden tener una duracion efímera ó prolongarse mucho tiempo.

Se observan especialmente las efélides en los sugetos rubios, sobre todo en las mujeres. Estas erupciones á veces son producidas por la insolacion, por indigestiones, por un alimento escitante, y por un desarreglo del flujo menstrual. En ocasiones dependen segun dicen, de la inflamacion crónica de una viscera, especialmente del hígado; pero esta corelacion no está demostrada de una manera rigorosa.

Las manchas hepáticas solamente podrian confundirse con la *pitiríasis versicolor*. Pero en esta no solo hay esfoliacion, sino verdadera descamacion del epidérmis, que se cae en láminas grandes; ademas el prurito es casi nulo en la pitiriasis. En cuanto á las manchas sifilíticas se distinguen de las precedentes por el color cobrizo y por la falta de prurito y de esfoliacion.

MM. Cazenave y Schedel consideran inútiles los linimentos detergentes, las pomadas alcalinas y todos los resolutivos. Solo aconsejan el uso interior de las aguas sulfurosas, como las de Enghien; tambien se prescribirán dos ó tres baños sulfurosos por semana, y de cuando en cuando se administrará un purgante suave.

FIN DE LA PALOLOGIA INTERNA.

CAUDRO SINÓPTICO

DE LA

PATOLOGIA INTERNA,

DE

A. GRISOLLE,

POR EL DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA.

D. IGNACIO OLIVA.

DIRECTOR DE LA SECCION DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA BIBLIOTECA ILUSTRADA

DE GASPAR Y ROIG.

CUADRO SINOPTICO

DE LA

PATOLOGIA INTERNA,

DE

A. GRISOLLE.

Hemos creido que despues de la fiel y sumamente esmerada traduccion de la importantísima obra de M. Grisolle, recibirán los señores suscritores con benevolencia y agrado un cuadro sinóptico que presentando en pocas y clarísimas pinceladas la doctrina de la misma obra, recuerde al instante toda la patologia médica ó interna.

Se lo ofrecemos sin pretension de ningun género, deseando únicamente que tengan á la vista la descripcion sumaria de las enfermedades que pertenecen al dominio de la medicina.

Nada contiene este pequeñísimo trabajo con respecto á la terapéutica; es una tabla nosográfica, una lista nosológica.

En el estado actual de la ciencia es imposible una clasificacion perfecta de las enfermedades: todas las divisiones nosológicas deben ser consideradas como andamios que se afana en levantar nuestra pobre inteligencia, porque tiene inmensa necesidad de ellos. Las diez clases siguientes pueden, tal vez, contener sin violencia todas las enfermedades, cuyo estudio y tratamiento corresponden al médico: 1.ª *calenturas*: 2.ª *afecciones debidas á un vicio de proporcion en la sangre*: 3.ª *inflamaciones*: 4.ª *hemorragias*: 5.ª *secreciones morbosas*: 6.ª *envenenamientos*: 7.ª *lesiones de nutricion*: 8.ª *transformaciones orgánicas y productos morbosos accidentales*: 9.ª *neurosis*: 10.ª *enfermedades especiales de ciertos órganos ó tejidos.*

La clase primera, *calenturas*, abraza cinco géneros que se denominan primero, segundo, tercero, cuarto y quinto. Contiene el primero las calenturas continuas, propiamente tales, que son: la efémera, la inflamatoria ó sinocal, la tifoidea, el tifo ó peste europea, la calentura inglesa ó *tiphus fever*, la biliosa de los paises cálidos, la amarilla y el tifo ó peste oriental.

El segundo género comprende las calenturas eruptivas, á saber: la viruela, la varioloides, la varicela, el sarampion, la escarlata y el sudor miliar.

En el tercero se incluyen las calenturas intermitentes, divididas en simples ó benignas, perniciosas y anómalas.

En el cuarto las remitentes y pseudo-continuas, que probablemente constituyen una variedad de las intermitentes.

La calentura héctica, lenta ó crónica, es la única del quinto y último género.

No puede ponerse en duda la existencia de calenturas primitivas, y por lo tanto independientes de toda otra lesion, constituyendo verdaderas enfermedades esenciales, cuyos fenómenos mas característicos son la frecuencia del pulso, el aumento del calor y varios desarreglos funcionales. Los dos primeros deben tener alguna permanencia ó duracion, pues muchas circunstancias elevan el calor ó comunican frecuencia al pulso de un modo transitorio y muy distinto del de la calentura.

Esta se llama *efémera* cuando consiste en un movimiento febril mas ó menos intenso que generalmente termina á las veinte y cuatro horas por medio de alguna evacuacion ú otra cualquiera crisis.

La calentura *inflamatoria* ó *sinocal* es independiente de toda inflamacion apreciable, se parece mucho á la efémera, pero suele durar un septenario ó poco menos, rara vez mas; terminando casi sin convalecencia, por ser enfermedad benigna.

La calentura *tifoidea* presenta como síntomas principales, fiebre intensa, diarrea, meteorismo, sensibilidad y ruido ó sea gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, delirio, cierto estado de estupor ó postracion, fuliginosidad de los dientes, manchas cutáneas rosáceas, lenticulares y *sudamina*. Reviste diversas formas, por manera que la hay inflamatoria, biliosa, mucosa, adinámica, atáxica, y por fin latente: la adinámica es la que se llama calentura pútrida; al paso que la atáxica se conoce muchísimo bajo los nombres de calentura maligna, nerviosa, cerebral. Es una enfermedad siempre muy grave toda calentura tifoidea, y puede trasmitirse por contagio: parece que nunca afecta á los ancianos, siendo frecuente en la edad infantil, y mas todavía en la de diez y ocho hasta treinta años.

La anatomía patológica señala como caracteres de esta calentura una tumefaccion con alteracion especial de los folículos intestinales; ademas, el aumento de volúmen, la inyeccion, el reblandecimiento, y en algunos casos la supuracion de los ganglios mesentéricos correspondientes.

El *tifo*, llamado tambien peste europea, calentura pestilencial, fiebre de Hungría, de las cárceles, campamentos, hospitales. etc., calentura petequial, etc., etc.: es una enfermedad febril, aguda, por lo comun epidémica y esencialmente contagiosa, cuyos síntomas principales consisten en cefalalgia, postracion, estupor, delirio, diversos exantemas cutáneos, fuliginosidad de los dientes y signos de inflamacion de la membrana mucosa de los pulmones é intestinos.

La calentura *continua de Inglaterra, tiphus fever*, reina endémicamente en el país que le da nombre, pero mucho mas en Irlanda: es gravísima, y aunque no perdona ninguna edad, ataca poco á la infantil; demuéstrase con cefalalgia al principio, luego postracion, delirio, insomnio ó sopor, y una erupcion cutánea especial. Parece que en los que de ella mueren no encuentra la anatomía patológica ninguna lesion constante y característica.

Opinan muchos profesores eminentísimos, fundándose en datos anatómicos, patológicos y terapéuticos, que la calentura tifoidea, el tifo europeo ó castrense y la calentura inglesa continua, no son mas que una enfermedad idéntica. Conviene, sin embargo, en el estado actual de tan grave cuestion suspender nuestro juicio.

La calentura *biliosa de los paises cálidos* se llama tambien remitente biliosa y grande endemia de las poblaciones intertropicales; á Littré le parece ser el *kausos* de Hipócrates. Es muy comun en los paises que su denominacion indica, haciendo en ellos inmensos estragos. Como se la observa en la parte litoral de España é Italia, llámanla varios autores ingleses calentura mediterránea. Son sus síntomas culminantes: calor general muy ardiente, cefalalgia supraorbitaria, grande opresion, pulso frecuente, tirantez y dolor en el epigastrio y en los hipocondrios, especialmente en el derecho, lengua cubierta de una capa blanca ó amarillenta, sed, y por lo comun vómitos de bilis verde que forma hebras, saliendo á veces en cantidad enorme: ora hay constipacion, ora diarrea biliosa: un tinte ictérico, ya limitado á las conjuntivas ó al rostro, ya estendido á todo el cuerpo, se hace muy notable. Integras están en algunos casos las facultades intelectuales, al paso que en otros domina el coma, el estupor ó el delirio que suele ser violentísimo. La muerte se verifica á veces antes de terminar el primer septenario, pero con mayor frecuencia en el curso del segundo.

La calentura *amarilla* ó tifo americano, calentura de Siam, tifo ictérico, fiebre marinera, gastro-hepática, etc., vómito prieto, tifo bilioso, etc., reina ordinariamente de un modo epidémico en los climas cálidos y ofrece como síntomas principales, el color amarillo de la piel y vómitos negros. Dura de cinco á diez dias en los casos graves y menos en los benignos. Es casi tan mórtífera como la peste. No consideramos completamente decidida la cuestion de si es ó no contagiosa; cuestion interesantísima que de cuarenta años á esta parte tiene divididos á los médicos en dos bandos.

La *peste* ha recibido los nombres de calentura de Levante, fiebre adenonerviosa, tifo de Oriente, contagio, pestilencia, lues, afeccion contagiosa y otros. Es enfermedad aguda, ordinariamente epidémica, que ademas de los fenómenos de las otras afecciones pestilenciales, presenta síntomas peculiares, como bubones, antraces, carbuncos y petequias gangrenosas. Aunque dura por término medio de cinco á ocho dias, determina á veces la muerte en veinte y cuatro ó treinta horas.

La peste es la mas terrible de las plagas que pueden afligir á la especie humana; arrebata en algunas epidemias la mitad de los habitantes del país invadido. Debemos creer que se propaga tanto por contagio inmediato, como mediato, aun cuando esta doctrina haya tenido y tenga muchos adversarios.

Las *viruelas* pertenecen á las calenturas eruptivas y consisten en un exantema contagioso, cuya erupcion va precedida de prodromos durante dos ó tres dias y se caracteriza primero por elevaciones duras y puntiagudas; y mas adelante por pústulas umbilicadas, las cuales, despues de haber supurado, se desecan y dejan en su lugar manchas que se borran poco á poco, ó cicatrices irregulares é indélebles.

Para el satisfactorio estudio de las viruelas se ha dividido su curso en cinco

períodos que son : incubacion , invasion , erupcion, supuracion y descamacion. Constituyen las viruelas una enfermedad tan grave que antes del descubrimiento de la vacuna arrebataba la décima cuarta parte de la especie humana.

Inoculacion y vacunacion.—Por inoculacion de las viruelas, ó viruela inoculada se entiende la introduccion artificial del pus varioloso en la economía de una persona, á quien se desea comunicar viruelas muy benignas, para evitar que sea atacada por las naturales que pudieran presentarse malignas. La vacunacion consiste en introducir en el hombre el pus estraido de una erupcion que se desarrolla en las tetas de las vacas, con el fin de preservarle de las viruelas. La inoculacion y la vacunacion se practican de la misma manera; en el dia empero está únicamente en uso la última.

Tanto la viruela inoculada, como la vacuna, son pues dos enfermedades que el arte ocasiona como medios profilácticos.

La *varioloides* es la misma viruela benignamente modificada, consistiendo en una erupcion cutánea pustulosa que casi no se observa mas que en individuos vacunados, ó que han tenido ya viruelas, y distinguiéndose de estas por la rapidez de su curso y la falta de fiebre secundaria; dura de diez á catorce dias, y ordinariamente tiene feliz terminacion.

Debe entenderse por *varicela*, viruela volante ó viruelita, una enfermedad febril, caracterizada por la erupcion de un número mas ó menos considerable de vesículas, cuya desecacion se verifica del quinto al octavo dia, sin que se manifieste fiebre secundaria : carece de gravedad.

Es el *sarampion* un exantema contagioso que al principio va acompañado de lagrimeo y aun ligera oftalmía, fiebre, coriza y tos, manifestándose al esterior por manchitas rojas, irregulares, prominentes algunas, las cuales desaparecen del séptimo al octavo dia, seguidas las mas de las veces de descamacion furfurácea. Recorre cuatro estadios, llamados de incubacion, invasion, erupcion y descamacion : benigno en general, es en ocasiones muy maligno, sobre todo cuando reina epidémicamente, ó va acompañado de graves complicaciones, ó desaparece repentinamente.

La *escarlata* es otro exantema contagioso, febril y caracterizado por pequeñas pintas rojas, granulosas é irregulares, ó por chapas estensas de un color rojo de frambuesa, que ocupan toda la superficie del cuerpo y se acompañan de una coloracion análoga de la boca, con angina mas ó menos violenta, terminando por descamacion al fin del primer septenario. Su curso puede dividirse en cuatro períodos que son : incubacion, invasion, erupcion y descamacion : como el período de incubacion es en general muy breve y poco notable, muchos autores estudian únicamente los tres restantes.

La escarlata es en muchos casos benignísima, al paso que en otros grave y muy peligrosa.

El *sudor miliar*, ó sea sudor de los Picardos, calentura sudatoria, etc., constituye otra afeccion febril eruptiva que reina casi siempre epidémicamente y cuyo principal síntoma es un abundantísimo sudor, acompañado con frecuencia de una erupcion miliar y de dolor en el epigastrio. Se presenta esta enfermedad muy insidiosa y pérfida: varios prácticos la consideran tan contagiosa como el sarampion y la escarlata, mas hasta ahora no lo han probado. Una misma persona puede padecerla muchas veces.

La *calentura intermitente* periódica, pantanosa, etc. es una enfermedad febril, cuyos síntomas cesan y se reproducen con cortos intervalos, casi iguales y entre los que existe una verdadera y completa calma, llamada apirexia. Cada ataque ó acceso de la calentura intermitente se divide en tres estadios ó períodos que se denominan: primero, segundo y tercero; y tambien período ó estadio de frio, de calor, de sudor; el tiempo que media entre acceso y acceso, lleva el nombre de intermision, ó como queda indicado, de apirexia; los dias sin calentura se llaman intercalares y aquellos en que la hay, paroxísticos. Por tipo se entiende el órden, segun el cual las calenturas se presentan, vuelven, se repiten, corresponden y enlazan: obsérvanse muchos tipos, siendo los principales y mas comunes el cotidiano, tercianario y cuartanario; asi es que todo el mundo habla de cotidianas, tercianas y cuartanas. Los médicos admiten ademas, quintanas, sestanas, octanas, mensuales, anuales, etc. Pudiendo los accesos de las calenturas intermitentes ser dobles y aun triples, habrá naturalmente tercianas, cuartanas, etc. dobles y triples. A veces los accesos se dan la mano; ó se encadenan, como suele decirse, por manera que el segundo principia, ó entra antes de haberse terminado el anterior y en semejante caso la calentura toma el nombre de sub-entrante.

Hay calenturas intermitentes simples, francas, benignas, manifiestas, regulares; al contrario otras son complicadas, malignas, ocultas, larvadas, perniciosas, irregulares, anómalas, etc.

Las *calenturas remitentes* son aquellas, cuyos síntomas persisten sin interrupcion, como los de las continuas; pero que se diferencian de estas por la circunstancia de ofrecer á determinados intervalos, remisiones mas ó menos completas, seguidas inmediatamente de un recargo ó paroxismo que las mas de las veces tiene el tipo cotidiano ó tercianario. Toda remitente es, segun el lenguaje de muchos autores, una calentura congestiva.

Bajo la denominacion de *calenturas pseudo-continuas* se comprenden las que son originadas por las mismas causas que las intermitentes, reinan en las mismas localidades y se curan con el mismo tratamiento; pero en su curso se asemejan mas á las francamente continuas, que á las intermitentes, de cuya naturaleza participan. Son, pues, calenturas continuas falsas, ó *pseudo-continuas*. Las hay benignas ó perniciosas.

Por calentura *héctica* se entiende la que ya continúa, ya remitente, tiene una duracion larga é incierta y determina un enflaquecimiento, siempre progresivo de los enfermos, que suele llegar hasta el marasmo. La calentura lenta, consuntiva, (adjetivos sinónimos de héctica) presenta paulatinamente tres períodos, en el primero hay fiebre que va declarándose mas y mas cada dia; en el segundo está bien confirmado el estado febril, remitente; la consuncion llega en el tercero al mas alto grado, y los desgraciados enfermos sucumben. Enfermedad casi siempre sintomática de varias lesiones, especialmente de la tuberculosa, existente sin embargo, algunas aunque rarísimas veces de un modo primitivo, independiente, esencial, es de las mas crueles y mortíferas que afligen á la humana especie. Sudores copiosísimos, diarrea colicuativa, ojos muy hundidos, sienes deprimidas, huesos prominentes, todos los órganos blandos atrofiados, miembros hinchados, piel seca y mugrienta, caida del pelo, boca tapizada de falsas y asquerosas membranas, tales son los tristísi-

mos síntomas con que se muestra el último período de la calentura héctica.

Aquí termina la clase primera de las enfermedades internas, que contiene todos los géneros de calenturas. La parte de la patología médica que trata esclusivamente de estas, se llama *piretologia* porque los griegos dan el nombre de pirexia á la calentura.

Las enfermedades de la clase segunda dependen de hallarse la sangre en esceso, ó al contrario, en defecto: estas dos condiciones opuestas constituyen dos géneros: pertenecen al primero la plétora y la congestion: al último corresponden la anemia y la clorosis.

Hablando con propiedad, deberiamos entender como los antiguos por la palabra *plétora* la superabundancia de un humor cualquiera y decir, segun decian ellos, plétora biliosa, linfática, seminal, láctea, etc. Hoy empero, por plétora se quiere significar la sanguínea, ya consista en escesiva cantidad de sangre, ya en la demasiado rica calidad de este líquido, por contener sobrados glóbulos. Es digno de notarse que ciertos sugetos tienen plétora verdadera, general, y á pesar de ella no están enfermos; de cuya circunstancia ha nacido la division de la plétora en fisiológica y patológica.

Los principales síntomas pletóricos son: laxitud, entorpecimiento general, pereza, repugnancia al trabajo, sueño facilísimo, pero agitado por ensueños, dificultad de despertarse, pesadez de cabeza, vértigos, zumbido de oidos, llamaradas faciales, disminucion y hasta abolicion del apetito, evacuaciones albinas raras, orina encendida y con frecuencia, opresion. El pulso suministra señales muy á menudo engañosas para conocer la plétora: la estrechez ó profundidad de las arterias radiales determina un pulso delgado ó suavísimo que aleja toda idea de escesiva sangre, aunque sean los individuos grandemente pletóricos. Se comprende fácilmente que puede haber plétora general y plétoras locales.

Estas se denominan congestiones; ya de unos, ya de otros órganos; por manera que cuando se dice *congestion* se intenta indicar una plétora local; ó sea hiperemia, consistiendo en la acomulacion de sangre en mayor cantidad que en el estado normal, en una parte cualquiera del cuerpo. Divídese en activa ó esténica, y pasiva ó asténica: la primera podria llamarse fluxionaria y atónica la segunda. La congestion cadavérica es la que se verifica en los últimos momentos de la vida, ó despues de esta.

Todos los órganos son susceptibles de esta enfermedad; pero en varios casos no se congestionan por completo; es decir, que una porcion está congestionada, mientras las restantes del órgano mismo permanecen normales. Las congestiones mas comunes y mejor estudiadas hasta la época presente, parecen ser las *del cerebro, de la médula espinal, la activa y la pasiva de los pulmones, del hígado, del bazo y del útero.*

Tal vez aquella afeccion designada con el nombre español *calentura* (que nada tiene de comun con la fiebre) y que se observa frecuentemente en los que navegan bajo los trópicos y en los soldados franceses que pasan en Africa el tiempo canicular, afeccion que se caracteriza por un delirio violento, estrema agitacion, grandes gritos y alucinaciones; y todos estos síntomas repentinamente sobrevenidos en medio de la noche, sea una forma de la congestion cerebral.

La voz *anemia* significa sin sangre, ó falta absoluta del líquido vital; pero entendemos por ella ó la disminucion de la masa total de la sangre (*polyanemia*) ó bien la disminucion de sus partes sólidas, v. gr. fibrina, hierro, sales, con aumento simultáneo en la proporcion del suero (*hydroemia*) : de modo que toda persona, cuya sangre es escasa, ó depauperada, está anémica. Existe anemia idiopática y sintomática, general y local. La circunstancia fundamental y constante de esta enfermedad consiste en la disminucion de los glóbulos sanguíneos, en términos que la cantidad de 127 que es la media normal, puede descender á 60, 50, 27 y aun 21. El suero va aumentando en la misma proporcion que los glóbulos disminuyen; asi su cantidad normal media, igual á 790, puede subir hasta 915. Ningun médico debe ignorar que si una persona anémica es sangrada, suele presentar su sangre una capa ó costra tan espesa, como si existiera una pleuresía ó un reumatismo; fenómeno muy notable, en atencion á ser el estado anémico opuesto al flogístico, pero que se esplica satisfactoriamente por la pérdida de los glóbulos y permanencia ó conservacion de la fibrina.

El cuadro sintomático de la anemia es en estremo lúgubre : palidez, languidez, desórdenes del corazon, ruidos morbosos en el mismo y en los grandes vasos, anorexia, apetito (cuando hay alguno) estravagante, pésimas digestiones, orina clara y poco densa, dolores neurálgicos, á veces amaurosis ó visiones estrañísimas, alucinaciones, delirio, vértigos, zumbido de oidos, incapacidad de todo trabajo intelectual y de ejercicios físicos, cara abotagada, ojos lánguidos y hundidos, serosidad infiltrada en los miembros y derramada en las principales cavidades serosas : si hay hemorragias, circunstancia muy comun en el sexo femenino, son por supuesto, siempre pasivas. Cuando la anemia ocasiona la muerte, los enfermos fallecen ya de síncope, ya de convulsiones, ya sin nuevos síntomas, estinguiéndose lenta y tranquilamente : algunos sucumben á una leve afeccion intercurrente, á la cual habrian con facilidad resistido, teniendo mas sangre.

Todo lo que acabamos de indicar, se refiere á la anemia general. En cuanto á la local, ó sea á la de los órgonos en particular, es muy poco lo que se conoce, tal vez nada.

La *clorosis*, llamada tambien cloro-anemia, opilacion, enfermedad de las vírgenes, colores pálidos, etc. parece ser una simple variedad de la anemia; por manera que muchísimos y grandes prácticos sostienen esta proposicion: la clorosis y la anemia no son dos enfermedades distintas. Las cloróticas tienen en efecto el color anémico, esto es, la palidez amarillo-verdosa que se ha comparado á la de la cera blanca y añeja, y todos los demás síntomas tambien anémicos, sobre todo la sangre con pocos glóbulos y sobrado suero. Los desarreglos uterinos, la falta de la menstruacion, la leucorrea, tan comunes, pero no constantes, en la clorosis, lejos de ser (como tanto se ha creido) causas del mal, son al contrario, efectos del estado anémico ó clorótico.

La clase tercera comprende las enfermedades mas frecuentes, las inflamaciones.

Por *inflamacion*, flogosis, flegmasia, se entiende una afeccion caracterizada localmente por la rubicundez, dolor, calor y tumefaccion de una parte, en la cual se verifica tambien casi siempre alguna modificacion importante del

trabajo nutritivo, y muchas veces una secrecion anormal. Por poco estensa, ó intensa que sea, ó bien resida en algun órgano de funcion interesante, escita un aparato febril mas ó menos considerable, y en este caso produce constantemente un aumento de fibrina en la sangre.

La inflamacion que se limita á un pequeño espacio, lleva el nombre de circunscrita, la que invade superficies estensas, el de difusa. Sus terminaciones, propiamente tales, son: delitescencia y resolucion; produce ademas diversos efectos morbosos, ó fenómenos consecutivos, que se han descrito bajo la denominacion impropia de terminaciones, tales como la supuracion, la gangrena, la ulceracion, la induracion y el paso al estado crónico. La resolucion es la única terminacion feliz de las inflamaciones: la delitescencia ó aborto de estas es una verdadera resolucion, pero súbita, repentina: si luego que ha tenido lugar, se desarrolla en otra parte alguna dolencia análoga ó cualquier accidente mas ó menos grave, se dice que ha habido metastasis.

Se observan inflamaciones agudas, crónicas, simples, específicas. Bastarian estas divisiones para el completo estudio de todas; es empero muy comun hablarse tanto en las patologias médicas como quirúrgicas, de inflamaciones erisipelatosas, flemonosas, malignas, contagiosas, truamáticas, difteríticas, etc., que siempre han de pertenecer á las simples ó á las específicas. Pudiendo padecerlas quizás todos los órganos y tejidos, se han admitido infinitas voces para designarlas, como vamos á ver en el resúmen siguiente:

Inflamaciones de los órganos digestivos y sus anejos.

Estomatitis se llama la inflamacion de la membrana mucosa de la boca.

Estomatitis eritematosa: inflamacion caracterizada por una rubicundez uniforme y mas ó menos viva, las mas de las veces parcial, de la mucosa de la boca.

Gengivitis: la misma flogosis, limitada á las encias.

Palatitis: la misma, ocupando únicamente la bóveda del paladar.

Estomatitis con alteracion de secrecion. Se divide en dos especies muy distintas, á saber:

La estomatitis diftéritica, ó pseudo-membranosa, ó estomacacia, ó fegaritis, se presenta caracterizada por la formacion en la mucosa bucal de películas agrisadas, casi siempre muy ténues, que suelen principiar por el borde sinuoso de las encías; estas se entumecen, sangran y se ulceran.

La estomatitis cremosa, mal blanco, ó muguete, consiste en la inflamacion de la mucosa de la boca, en la cual establece una exudacion de concreciones pequeñas y blanquecinas, ora discretas, ora confluentes. El muguete idiopático es muchísimo mas benigno y curable que el sintomático, pues este reclama gravísimo pronóstico.

Las dos especies de estomatitis con alteracion de secrecion, atacan á todas las edades, pero con inmensa preferencia á la infantil: entrambas reinan endémicamente en ciertas localidades y epidémicamente tambien.

La estomatitis foliculosa, ulcerosa, aftosa, suele denominarse simplemente *aftas*. Caracterizada se muestra por la erupcion en la boca de pequeñas vesículas transparentes de color gris perlado, que toman pasadas algunas horas el

aspecto pustuloso y se transforman al segundo ó tercer dia en dolorosas úlceras que suelen tardar de uno á dos septenarios en cicatrizarse, sin dejar mas vestigio que una diminuta mancha encarnada que desaparece muy pronto. Son las aftas confluentes ó discretas. Unicamente siendo muy confluentes ó poniéndose gangrenosas exigen grave pronóstico.

Por *estomatitis pustulosa* se entiende la flegmasia bucal, acompañada del desarrollo de pústulas en la mucosa de la superficie interna de los carrillos y de la bóveda palatina. Se observa durante las viruelas y tambien despues de la administracion del emético en alta dosis.

Estomatitis mercurial se llama la inflamacion debida á la absorcion del mercurio, cuyo metal ataca las glándulas salivales y la membrana mucosa de la boca. Puede ser enfermedad muy incómoda, repugnante, rebelde; pero de ningun modo peligrosa; esceptuando sin embargo, los casos en que ocasione abundantísima pérdida de saliva, ó cause destrucciones considerables en la boca.

Lo mismo es decir estomatitis, que salivacion ó ptialismo mercurial.

Glositis : inflamacion de la lengua; superficial, si se limita á su membrana mucosa; profunda, si invade primitiva ó consecutivamente los tejidos del órgano. Cuando tanto el celular, como el carnoso, están inflamados, muchísimo debe temerse la gangrena.

La voz *angina* se emplea en el dia para significar las flegmasias de las mucosas que tapizan desde la cámara posterior de la boca hasta el orígen de los bronquios y tambien hasta el cardias; las principales son: gutural, tonsilar, faringea, esofágica, laringea, traqueal, edematosa y pseudo-membranosa.

La *angina gutural* es la inflamacion de la membrana mucosa que tapiza el istmo de las fauces, el velo y los pilares del paladar, la campanilla y las amígdalas.

En la *angina faringea* ocupa la inflamacion la mucosa de la faringe.

Ni una ni otra suelen ser graves, aunque alguna vez pueden serlo: reinan con frecuencia epidémicamente: tambien siguiendo un curso crónico, duran en algunas ocasiones años enteros.

La *angina tonsilar* ó amignalitis, se llama frecuentísimamente esquinancia y consiste en la inflamacion de las amígdalas, caracterizándose por la tumefaccion, dureza y rubicundez de estas glándulas, calor y sequedad de garganta, y mas ó menos difícil deglucion. Es aguda ó crónica: ya ataca á una amigdala, ya á ambas simultáneamente que es lo mas comun, aunque con desigual intensidad. Hay amignalitis leves, pero son algunas gravísimas y malignas en alto grado; pudiendo ocasionar sofocacion, gangrena y en fin, la muerte de los pacientes: raras veces, sin embargo, observamos tan funesta terminacion. Dura por término medio la angina tonsilar de ocho á diez dias.

La *angina pseudo-membranosa*, denominada ademas lardácea, gangrenosa, maligna, difterítica, úlcera siriaca ó egipciaca, etc., es una inflamacion específica que ocupa comunmente las amigdalas, el velo y pilares del paladar, estendiéndose casi siempre á la faringe, con frecuencia al esófago y parte superior de los conductos aéreos y caracterizada por la formacion en las partes invadidas de una falsa membrana generalmente de color gris con mucha tendencia á ganar terreno, con tumefaccion de los ganglios sub-maxilares y por fin un aparato de

síntomas generales mas ó menos graves. Al momento se comprende por lo dicho, la gravedad de tamaña angina: mata á veces del tercero al cuarto dia y otras se prolonga hasta el vigésimo quinto. Cuando epidémica, es muy mortífera.

La *esofagitis* ó inflamacion del esófago, ha sido poco estudiada todavía: puede haberla simple, flemonosa, aftosa, cremosa, difterítica y por consiguiente con felices y funestas terminaciones.

Gastritis: inflamacion aguda ó crónica del estómago. Muy notable es que habiéndose conocido desde la infancia del arte y siendo la enfermedad de la que mas se ha hablado en este siglo, esté su historia bastante atrasada. Se la ha dividido en general y parcial, espontánea y tóxica. Peligrosa suele ser la espontánea aguda para los niños y los ancianos, y generalmente no, para las personas de las demás edades. La espontánea crónica dura á veces muchos años: su forma ulcerosa es en estremo temible por el tristísimo accidente de una perforacion que tan á menudo ocasiona.

Enteritis: inflamacion de los intestinos, especialmente de la membrana mucosa del yeyuno y del ileon.

Duodenitis: inflamacion de la mucosa del duodeno.

Tyflitis: la del intestino ciego.

Colitis: la del cólon.

Rectitis: la del recto.

La mas rara y mas difícil de diagnosticar de estas flegmasias intestinales, es la duodenitis: la de los intestinos delgados se propaga á los gruesos y viceversa y por esta circunstancia se describen por los autores entero-colitis, íleo colitis, íleo-tyflitis; tyflo-colitis, etc., que no necesitan ser definidas.

Las inflamaciones de los intestinos delgados, se revelan por dolores de vientre mas ó menos agudos, que cambian de lugar, acompañándose de deposiciones líquidas, mucosas ó biliosas y diversas en número. Por el sitio de los dolores se comprende si son los gruesos los intestinos inflamados.

Todas las divisiones de la flogosis intestinal podrian reducirse á benigna, grave, aguda, crónica y específica. Esta última es la

Disenteria llamada tambien colitis-específica, tenesmo, flujo intestinal ulcerativo, pujo con sangre, etc. Está caracterizada por dolores de vientre mas ó menos agudos y aun muchas veces agudísimos, por una necesidad imperiosa, frecuente y casi continua de deponer, y por la escrecion de moco sanguinolentos ó serosidad roja, que se presenta por lo comun en pequeña cantidad cada vez. Se han admitido infinitas divisiones de esta enfermedad, pudiendo reducirse á las siguientes: disenteria aguda, crónica, leve ó benigna, grave, febril, apiréctica, esporádica y epidémica.

Aunque la disenteria leve, esporádica y apiréctica se cura frecuentísimamente, es siempre un mal de índole maligna: cuando reina en paises ardientes ó en la estacion cálida de los templados, sobre todo si se hace epidémica, sacrifica inmensas víctimas: mueren de ella mas militares, que de la guerra, y la Francia sabe por el órgano del médico en gefe del ejército que envió á Egipto, que la disenteria le mató mas soldados que la peste. Se asegura que cuando siguiendo un curso crónico, penetra en las cárceles, navios ó campamentos, se ceba en los que ataca, causando la muerte de ochenta por cada ciento. Es en

muchas ocasiones contagiosa. La persona que tiene la fortuna de curarse de ella, queda muy predispuesta á volverla á padecer.

Gastro-enteritis: inflamacion simultánea de la mucosa del estómago y de los intestinos.

Parótidas: infartos inflamatorios agudos de las glándulas de este nombre, que sobrevienen comunmente en el incremento, ó hacia la declinacion de muchas enfermedades graves, como la peste, los tifos americano y europeo, calenturas tifoideas, perniciosas y cólera. Suelen dividirse en críticas y acríticas: son siempre de mal aguero; y aun cuando críticas, que poquísimas veces se presentan propiamente tales, constituyen un accidente muy penoso.

Hepatitis se llama la inflamacion aguda ó crónica del tejido del higado. Es enfermedad grave, sobre todo en paises muy cálidos: termina por resolucion, ó es causa de la secrecion de pus, ó del establecimiento de la gangrena, ó disminuyéndose la energía de sus síntomas, pasa de aguda á crónica. Hay hepatitis total y parcial, superficial y profunda.

Colecistitis: inflamacion de la vejiga de la hiel.

Pancreatitis: la del páncreas.

Esplenitis: la del bazo.

Las flegmasias de la vejiga biliar, del páncreas y del bazo son muy raras, muy difíciles de conocer y muy graves. Conviene advertir que las profundas alteraciones esplénicas, observadas en las intermitentes y en la fiebre tifoidea, no deben considerarse como esplenitis, pues parecen independientes de todo trabajo flogístico.

Inflamaciones de los órganos respiratorios.

Laringitis, ó angina laringea: inflamacion aguda ó crónica de la laringe: la última se divide en simple y ulcerosa: es generalmente benigna la simple, al paso que la ulcerosa constituye la tisis laringea, siempre gravísima, especialmente cuando nace de cáncer ó de tubérculos.

La laringitis aguda puede dividirse en

Epiglotitis ó sea, inflamacion de la epiglotis que reclama encarecidamente toda la atencion del médico, siendo, como es á veces sobre manera aguda y aun fulminante.

Laringitis mucosa que en ciertos casos no determina mas que síntomas locales y se cura; pero en otros se hace mortal antes del octavo dia, asfixiando á los pacientes.

Laringitis estridulosa es el crup falso (pseudo crup), asma espasmódico, catarro sofocante, espasmo de la glotis, inspiracion ruidosa de los niños, asma de Millar, etc. Se caracteriza por sofocacion intensa que se repite por accesos. Aun cuando puede ocasionar la muerte, es en general mas alarmante que peligrosa.

Laringitis pseudo-membranosa: es el verdadero crup: llámase tambien angina sofocante, laringea, membranosa, difteritis traqueal, *cinanche trachealis*, traqueitis de las niños; la palabra escocesa *crup* suele generalmente servir para designar esta especie de laringitis que es sumamente grave y aguda, estando caracterizada anatómicamente por la formacion de una falsa membra-

na en la laringe y tráquea. No respeta edades, pero prefiere la de dos á siete años: es en ocasiones epidémica y contagiosa: casi todos los que la padecen, son víctimas. Parece muy dudoso que haya recidivas de verdadero crup.

Laringtis sub-mucosa se denomina la inflamacion del tejido celular subyacente de la mucosa de la laríngea, con infiltracion serosa ó purulenta. Existe una sobre y otra sub-glótica.

Laringitis sobre-glótica. Es el edema de la glotis ó la angina laringea, edematosa y serosa. La infiltracion ocupa los repliegues ariteno-epiglóticos. Aunque la duracion de esta enfermedad sea variable, no acostumbra pasar de cinco á seis dias, ocasionando por lo comun la muerte con asfixia. Es muy insidiosa, dejando en muchos casos prolongadas remisiones ó pérfidas calmas, entre los accesos de sofocacion.

Laringitis infra-glótica ó sub-glótica: inflamacion laringea, inferior á la glotis, mucho menos frecuente que la anterior; su infiltracion reside debajo de los ventrículos y detrás del cartílago cricoides. Lo mismo que la sobre-glótica se acompaña de accesos de sofocacion con respiracion sibilante, y de inmenso peligro: su curso sin embargo, es menos agudo.

Traqueitis: inflamacion de la tráquea, que rarísima vez existe aislada á este órgano, siendo ordinariamente prolongacion de la laringitis ó bronquitis. Como puede presentarse simple ó ulcerosa, se llamó á esta última *tisis traqueal*: mas en la actualidad es muy sabido que las úlceras de la tráquea siempre coexisten con la tisis pulmonar, ó laringea, ó bien con la afeccion escrofulosa ó la sifilítica; y asi no se admite la tisis traqueal sola é independiente. Concedemos, sin embargo, que en muy raro caso se desarrolla una flegmasia únicamente en la tráquea, caracterizándose por una ligera comezon en la parte inferior del cuello, algo de tos, esputos filamentosos, transparentes ú opacos y sentimiento de opresion; pero nos apresuramos á añadir que semejante traqueitis no ha comprometido jamás la vida de los enfermos.

Bronquitis: inflamacion de la membrana mucosa de los bronquios; enfermedad muy comun, llamada vulgarmente resfriado. Muchos autores la designan con los nombres de calentura catarral ó de catarro pulmonal. Sus divisiones mas importantes son: bronquitis benigna, capilar, pseudo-membranosa, aguda y crónica. La benigna consistiendo en una inflamacion simple de los bronquios gruesos, se termina felizmente, esceptuándose algunos casos que se observan en individuos muy niños, muy ancianos ó muy débiles. La bronquitis capilar, que es la que reside en los pequeños bronquios, constituye una afeccion gravísima, de la cual mueren muchas personas. La pseudo-membranosa, asi llamada porque los enfermos esputan pedazos de falsas membranas, ya en forma de cinta, ya de tubo, tiene tanta gravedad y quizá mas, que la precedente.

Los síntomas principales de toda bronquitis suelen consistir en inapetencia, mal gusto, coriza, lagrimeo, cefalalgia, quebrantamiento general, incomodidad y peso en el pecho, tos y espectoracion. Los esputos ora son mucosos, ora filamentosos ó membranosos segun la especie de bronquitis, pudiendo ser tambien insipidos, salados, homogéneos ó estriados de sangre. La muerte de los sujetos que sucumben á esta inflamacion, se verifica por asfixia, porque las mucosidades ó membranas acumuladas en el árbol aéreo no pueden ser espelidas. Mu-

chas bronquitis degeneran en pulmonías ó pasan á crónicas: son con frecuencia epidémicas.

Cuando se dice: resfriado ó catarro sanguíneo, bilioso, nervioso etc., se hace referencia ó bien á las circunstancias individuales del paciente, ó á la índole de la constitucion médica reinante que complican la bronquitis.

Gripe: palabra derivada de otra que en griego significa ronquera. Es la gripe una bronquitis epidémica y al parecer específica, carece por lo comun de peligro y presenta los síntomas de inflamacion bronquial poco intensa, pero con calentura, notable quebrantamiento de huesos y mucho decaimiento. Desde 1580 hasta hoy ha recibido diversas denominaciones, siendo las principales ó mas generalmente adoptadas, las de *influenza*, *cocote* y catarro ó resfriado epidémico.

Pulmonia, pulmonitis, neumonia, neumonitis, fluxion de pecho, calentura neumónica, *peripneumonia vera* etc., son voces con las cuales se señala la inflamacion del parénquima pulmonal, inflamacion de las mas peligrosas y desgraciadamente de las mas frecuentes, que se suele revelar en su invasion por un escalofrio mas ó menos violento, dolor agudo en un costado del pecho (en las inmediaciones de la tetilla) tos y espectoracion, con mayor ó menor disnea. Ademas una enfermedad de tantísimo peligro, determina fenómenos patológicos simpáticos en toda la economía, que varian segun las circunstancias especiales de cada enfermo; por manera que hay pulmonías biliosas, atáxicas, adinámicas ó pútridas etc. Los síntomas patognomómicos de la flegmasia de los órganos de la sanguificacion parecen consistir en el esputo herrumbroso y en la crepitacion.

La inflamacion pulmonal puede corresponder al vértice del órgano, á la base, á la superficie ó al interior: cuando se limita á un pulmon se llama simple, y doble si reside en ambos: es aguda ó crónica. Pulmonía lobular ó lobulada es la que está anatómicamente caracterizada por núcleos de hepatizacion diseminados en ambos pulmones, y se observa casi únicamente en la infancia. La pulmonía latente debe ser rara en el dia, en atencion á los progresos del arte; porque aun faltando el dolor, la tos y los esputos, conocerá el médico hábil la flegmasia pulmonal á beneficio de la percusion y auscultacion. Hay pulmonías secundarias, consecutivas ó sintomáticas, pues se presentan como complicaciones funestas en el curso de otras enfermedades. Finalmente se llama hipostática la pulmonía que depende del infarto pasivo de los pulmones, como acontece cuando los enfermos de otros males guardan el decúbito dorsal prolongado, ó están muy débiles, sobre todo siendo tiernos niños ó ancianos caducos.

Termina la flegmasia pulmonal por resolucion, ó es seguida de supuracion y aun de gangrena, ó se hace crónica.

Pleuresia ó pleuritis se denomina la inflamacion de la pleura, que puede ser aguda, crónica, general, ó mejor dicho, total y parcial. Esta segun el sitio se divide en costo-pulmonal, mediastina, diafragmática é interlobular. Existen pleuresías solas é independientes, pero cómplicanse frecuentisimamente con la pulmonía. El síntoma pleurítico mas notable y constante es el dolor agudo, pungitivo, dislacerante, fijo ó algo movible, que se aumenta por la presion, la inspiracion y la tos, ocupando ordinariamente la region mamaria, y en algunos casos ya la base del pecho, ya la espalda ó los lomos.

Aunque se curen tantísimas pleuresías, reclama un pronóstico siempre serio la inflamacion de la membrana serosa de la cavidad vital, y en igualdad de circunstancias es mas peligrosa la que corresponde al lado izquierdo, siéndolo sobremanera la diafragmática ó *parafrenesis* de los autores antiguos.

Inflamaciones del aparato circulatorio.

Los diversos órganos encargados de la circulacion arterial, venosa y linfática, son susceptibles de inflamarse.

Pericarditis: inflamacion de la hoja serosa del pericardio: puede ser aguda, crónica, total y parcial. En muchos casos se la conoce facilísimamente por el dolor precordial, calentura, lipotimias y aun sincopes, y edema en las estremidades; al paso que en otros faltan síntomas, pues ninguno de ellos se presenta constantemente. Es una inflamacion siempre grave, á pesar de curarse con frecuencia, sobre todo no tomando desde el principio un rumbo crónico, pues la pericarditis crónica suele conducir los pacientes al sepulcro. La aguda recorre en ocasiones un curso tan rápido y maligno que tambien mata en un solo dia.

Endocarditis ó carditis interna se llama la inflamacion de la membrana interna del corazon. Cuando aguda y pura, es decir, cuando no está complicada de pericarditis, ni de pleuresía, suele manifestarse sin dolor, pero con opresion y palpitaciones. Dificilmente podremos en muchos casos diagnosticarla, en especial si es muy poco estensa: dura por lo comun mas de ocho dias, aunque á algunos prácticos les parezca lo contrario. Si termina unas veces por resolucion feliz, en cambio otras ocasiona la muerte repentina ó muy pronta al menos; pudiendo tambien pasar á crónica, y degenerar fácilmente en lesion orgánica incurable.

Carditis: inflamacion de los tejidos muscular y celular del corazon. Rarísima y poco conocida, acostumbra ser consecutiva á la pericarditis, y mas todavía á la endocarditis; en términos que pocas veces es primitiva, y todos los patólogos confiesan que en el estado actual de la ciencia es imposible diagnosticarla.

Arteritis: asi se denomina la inflamacion de las arterias, que ora se limita á una de las túnicas de estos vasos, ora ocupa dos, ora todas. La inflamacion arterial es siempre grave por sus terribles consecuencias; ya interrumpe mas ó menos la circulacion, ya obliga á caer en gangrena á los órganos que el vaso en el estado normal vivificaba, ya determina dilataciones aneurismáticas y perforaciones de las túnicas inflamadas, etc. La arteritis se revela por la intensidad de los dolores y por seguir estos la conocida direccion de las arterias en que reside: es segun los casos crónica ó aguda.

Aortitis significa inflamacion de la arteria aorta que el médico puede sospechar, pero no asegurar, pues no se ha descubierto hasta ahora signo alguno que la declare. Opinan varios prácticos que va acompañada de la sensacion de calor muy urente en el pecho y vientre, siendo el pulso pequeño y débil: otros dicen que ha de haber latidos considerables de la arteria inflamada, con dolores sordos y profundos que siguen el trayecto de la misma, y ademas lipotimias

y síncopes. Se comprende que la inflamacion de la importantísima arteria aorta ha de ser una enfermedad muy grave.

Flebitis: inflamacion de las venas. Se ha de conocer por los síntomas flogísticos que van siguiendo la direccion de dichos vasos y con facilidad ocasionan supuraciones, en atencion á ser la membrana ó túnica interna de ellos muy propensa á segregar pus. Las colecciones de este humor forman los abcesos *metastáticos*: todas las venas son susceptibles de inflamarse. Cuando el pus segregado por ellas se mezcla con la sangre, la altera y ocasiona la enfermedad denominada *infeccion purulenta*, casi siempre mortal. La infeccion pútrida, aunque gravísima, no llega á serlo tanto como la que acabamos de mencionar, siendo algo lenta en su curso, ó propiamente crónica; al paso que la purulenta es siempre muy aguda.

Constituye, pues, la flebitis una de las afecciones mas graves y malignas, cuyo peligro es relativo á la mayor ó menor estension de la flegmasia misma.

Inflamaciones del sistema linfático.

Angioleucitis, linfitis, linfatitis y tambien linfagitis, se llama la inflamacion de los vasos linfáticos: es superficial ó profunda, aguda ó crónica, con duracion variable, pudiendo curarse por resolucion en breves dias, ó al contrario ocasionar la muerte: los síntomas locales siguen los trayectos de los vasos inflamados. Cuando reconoce por causa alguna herida anatómica, es funestísima.

Adenitis: inflamacion de las glándulas linfáticas. Todos los ganglios linfáticos se inflaman con mayor facilidad que los vasos del mismo sistema: es siempre mucho mas comun, pues, la adenitis que la angioleucitis. La hay primitiva ó ideopática, sintomática y simpática: ya benigna y aun benignísima, ya muy grave.

Inflamaciones del aparato nervioso.

Frenitis. De esta palabra solian servirse los autores antiguos para significar la inflamacion del cerebro, la de las membranas cranianas y tambien muchas especies de delirios, completa y puramente simpáticos. He aquí el lenguaje patológico empleado en la época actual para distinguir tan peligrosas flegmasias.

1.° *Meningitis*: inflamacion simultánea de las meninges; que equivale á decir de la aracnoides y pia-madre á la vez; inflamacion ya aguda, ya crónica y dividida la primera para su satisfactorio estudio en dos períodos, *exaltacion* y *colapsus*.

2.° *Aracnoiditis* y aracnitis: inflamacion limitada á la membrana aracnoides.

3.° *Pia-matritis*: la que no invade mas que la pia-madre.

4.° *Meningo-encefalitis*: inflamacion simultánea del cerebro y meninges.

Encefalo-meningitis: la misma.

Cefalo-meningitis: la misma.

Meningo-cefalitis: la misma.

5.° *Meningitis cerebral*: inflamacion de la aracnoides y pia-madre correspondientes únicamente al cerebro.

6.° *Meningitis raquidiana* ó espinal: inflamacion de las mismas membranas, pero correspondientes al raquis.

7.° *Meningitis cerebro-espinal* ó cerebro-raquidiana: inflamacion de las mismas membranas tambien, tanto en el cráneo, como en el canal vertebral.

Encefalitis. Asi se denomina la inflamacion del cerebro, cerebelo y protuberancia. En rigor deberia la voz encefalitis significar el estado flogístico de toda la masa encefálica; el uso, empero, hace que la inflamacion de la médula oblongada se estudie unida á la de la médula espinal y no á las del cerebro y cerebelo.

La encefalitis se divide por su curso en aguda y crónica; por su mayor ó menor estension en difusa y circunscrita ó parcial. Es siempre una enfermedad muy cruel é insidiosa, con alternativas de coma y delirio y pérfidas remisiones de mucha calma, tanto física como moral. Se acompaña de toda clase de síntomas, sacudiendo los diversos aparatos; asi es que el estrabismo, delirio, estupor, convulsiones clónicas y tónicas, vómitos, parálisis, calentura, etc. son muy comunes. Mata á casi todos los pacientes, y en general en el primero ó segundo septenario: los poquísimos que no sucumben, todo el resto de su vida son dementes, paralíticos, ó al menos muy enfermizos. La ciencia, sin embargo, posee algunos hechos, desgraciadamente rarísimos, que prueban haberse curado por resolucion encefalitis propiamente tales, recobrando los enfermos la normal integridad de todas sus funciones.

Cerebritis quiere decir la inflamacion precedente (encefalitis) ocupando esclusivamente el cerebro, ó parte de él.

Cerebelitis: encefalitis limitada al cerebelo.

Mesocefalitis: la misma residiendo en el mesocéfalo.

Mielitis: inflamacion de la médula espinal. Es sobremanera funesta: su peligro aumenta á medida que el trabajo flogístico se acerca á la cabeza, y asi la mielitis lumbar no es tan maligna como la dorsal, ni esta como la cervical. Los principales síntomas consisten en parálisis, sobre todo de movimiento, accidentes convulsivos, dolores raquidianos y muchos otros de pésimo agüero. Los órganos paralizados varían segun el punto inflamado de la médula: si este corresponde á la parte inferior ó media de la columna vertebral, se paralizan las estremidades pelvíticas, el intestino recto y la vejiga urinaria: si á la superior, los miembros torácicos y luego los músculos de la respiracion, en términos de correr el pobre enfermo riesgo de sucumbir á una asfixia lenta. Despues de esta brevísima indicacion de la malignidad de la mielitis, ¿puede ser necesario añadir que constituye una de las enfermedades mas horrorosas? Parece que alguna, si bien rarísima vez, ha sido curada.

Neuritis: inflamacion de los nervios: puede la pulpa nerviosa, esto es, el nervio propiamente tal, inflamarse de un modo aislado, ó acompañar la flegmasia del neurilema. Revélase la neuritis por un dolor intenso y dislacerante ó contusivo, que sigue el trayecto de algun nervio, es continuo y aumenta por la presion. Los órganos directamente relacionados con el nervio enfermo, son en varios casos atacados de parálisis, ya de la sensibilidad y del movimiento, ya de una sola de estas facultades, segun la naturaleza del mismo nervio.

Puede asegurarse que en general la neuritis no pone en peligro la existencia, pero en algunos casos determina una parálisis incurable. Siendo la pulpa nerviosa poco propensa á inflamarse, se observan rarísima vez neuritis.

Neurilemitis ó neurilitis: inflamacion del neurilema. Los médicos que como Boerhaave y Martinet niegan sin fundamento las inflamaciones nerviosas propiamente tales, sosteniendo que cuando parece que los nervios se inflaman, es únicamente su neurilema el sitio del mal, conceden grande importancia á la neurileminis. Está empero demostrado que existen neuritis y neurilemitis, ya simultáneas ya aisladas.

Inflamaciones de algunos sentidos.

Coriza: inflamacion de la membrana mucosa que tapiza las fosas nasales: llámase tambien rinitis, resfriado de cerebro, catarro nasal, romadizo. *gravedo*: es aguda ó crónica, subdividiéndose esta última en simple y ulcerosa, La primera únicamente es grave en los niños muy tiernos.

Ocena: es la coriza ulcerosa y por lo tanto está caracterizada por ulceraciones en las fosas nasales; suele vulgarmente designarse por *hedor de las narices*, enfermedad incómoda y repugnante que con el tiempo puede ocasionar una deformidad y hasta una mutilacion, aun cuando no comprometa la existencia.

Otitis: inflamacion del oido, que ora es esterna, ora interna y tambien aguda ó crónica. Para su metódico estudio se pueden admitir las siguientes especies:

1.ª *Otitis esterna* ó inflamacion erisipelatosa del conducto auditivo.

2.ª *Otitis de la membrana del tímpano*, ó sea inflamacion aguda de dicha membrana.

3.ª *Otitis media*, que es la inflamacion catarral del oido medio.

4.ª *Otitis interna*, esto es: inflamacion del oido interno, afeccion acompañada generalmente de accidentes muy graves y que tiene su principal asiento en el tejido celular y periostio de la caja.

Inflamaciones de los órganos secretorios y escretorios de la orina.

Nefritis se habia llamado en otros tiempos toda inflamacion aguda ó crónica de cualquier tejido de los riñones; en el dia empero entendemos por nefritis la flegmasia de las sustancias cortical y tubulosa, al paso que denominamos *pielitis* á la que reside en la membrana de los cálices y de las pelvis. Las inflamaciones renales han tomado diversas denominaciones derivadas de sus causas, asi se dice nefritis calculosa, gotosa, reumática, etc., pudiendo todas ser agudas ó crónicas, benignas ó leves, graves y aun mortales.

Cistitis: asi se llama la inflamacion de la vejiga urinaria, que se divide en diopática y sintomática, superficial y profunda, total y parcial, aguda y crónica. Por cistitis cantaridiana se entiende la que producen las cantáridas. Toda flegmasia vesical es generalmente grave.

Inflamaciones del útero y sus dependencias.

Metritis: inflamacion del tejido uterino. Si la enfermedad se limita á la membrana mucosa de la matriz, se designa por los nombres de metritis catarral ó catarro uterino, espresiones que mas bien indican la existencia de un flujo mucoso ó mucoso-purulento en los órganos genitales, que la de una verdadera inflamacion. Cuando esta ocupa el parenquima uterino, lleva los nombres de metritis profunda, flemonosa ó parenquimatosa, que se distingue en aguda y crónica, simple y puerperal, ulcerosa y granulosa. Hay tambien una metritis con induracion ó infarto.

El pronóstico de la metritis simple es generalmente poco grave; deberá sin embargo serlo en los casos de preñez, de complicacion peritoneal, ó de estar el órgano inflamado en su totalidad. El de la puerperal desarrollada inmediatamente despues del parto, es muy grave y lo será mucho menos si la metritis se observa en una mujer que haya parido doce ó quince dias antes. Grave tambien es el pronóstico de la metritis con induracion ó infarto; la granulosa es una afeccion muy incómoda, pero nunca de peligro, pues por crónica é intensa que sea, jamás degenera en cáncer; la ulcerosa finalmente acarrea con frecuencia funestas consecuencias.

Ovaritis que llaman algunos ooforitis, significa inflamacion del ovario, que á pesar de constituir una enfermedad grave por su rebeldia, síntomas y recidivas, termina muy rara vez por la muerte.

El ovario inflamado suele aumentar muchísimo de volúmen, en términos de adquirir el de un puño de una persona adulta. Peligrosa es la terminacion de la ovaritis por supuracion, porque puede el pus derramarse en la cavidad del peritoneo, ó segregándose largo tiempo acabar con las fuerzas de la enferma.

Las trompas uterinas son tambien susceptibles de inflamarse; mas seria rarísimo que lo verificasen aisladamente: se ha de considerar, pues, su estado flogístico como una estension de las flegmasias de los ovarios, del útero, de los ligamentos anchos, ó en fin, del peritoneo.

Peritonitis; inflamacion del peritoneo. Existen cuatro especies segun la práctica nos enseña: peritonitis aguda, simple, espontánea ó primitiva; peritonitis puerperal; peritonitis sintomática ó consecutiva; peritonitis crónica. Todas cuatro especies pueden ser totales ó parciales, que equivale á decir que esté inflamado todo el peritoneo, ó únicamente alguna ó algunas porciones de esta membrana.

Muy rara es la peritonitis espontánea ó primitiva: su principal síntoma consiste en el dolor abdominal, que se manifiesta vehemente, pungitivo y lancinante, aumentándose por la presion, los movimientos, la tos, los esfuerzos para vomitar, orinar y defecar. Los desgraciados enfermos no pueden tolerar el peso de las cataplasmas, ni aun el de las mas ligeras cubiertas de sus camas; la ansiedad y el sufrimiento se pintan en sus rostros; aunque están agitados é inquietos, guardan el decúbito dorsal, pues cualquier otra posicion exaspera sus dolores; es el pulso muy frecuente, pero débil y pequeño; el vientre se suele meteorizar sobremanera; algunos deliran, mas el mayor número de ellos conserva la inteligencia hasta la muerte, que sobreviene despues de una corta

agonía. Del predominio de síntomas biliosos ó nerviosos, etc., han tomado origen las calificaciones, en verdad poco exactas, de peritonitis biliosa, atáxica, etc. Parece que muchos fetos mueren de peritonitis en el claustro materno.

Peritonitis puerperal. Ha sido llamada: metro-peritonitis puerperal, calentura y tambien tifo puerperal y es la inflamacion del peritoneo desarrollada en las mujeres recienparidas: enfermedad mortífera en grado horroroso, por manera que cuando reina epidémicamente, sobre todo en los hospitales, apenas de veinte enfermas se salva una.

Peritonitis aguda, consecutiva ó sintomática: la que depende de alguna lesion de las vísceras ó paredes abdominales: es constantemente muy grave, llegando á serlo de un modo estraordinario cuando reconoce por causa una perforacion, que pone en contacto del peritoneo, ya pus, ya otra sustancia cualquiera de las que contiene el órgano que se ha perforado.

Peritonitis crónica. Esta inflamacion es bastante frecuente, y sin embargo no ha sido todavía estudiada de un modo satisfactorio: pocas veces se observa consecutiva á la aguda, sino que casi siempre principia ya con curso crónico; ni suele tampoco ser simple, pues se complica ordinariamente con tubérculos ó cánceres abdominales. De aquí se infiere que rarísima ha de ser una curacion de peritonitis crónica.

Inflamaciones del tejido celular.

Por *flemon de las cavidades esplánicas* se acostumbra entender la inflamacion del tejido celular del pecho y del abdómen, porque la pequeña y laminosa cantidad de dicho tejido, que se halla en el cráneo, es muy poco susceptible de inflamarse.

Los *flemones de los mediastinos* son raros, difíciles de conocer y casi siempre tienen funesta terminacion.

Los principales y mas frecuentes *flemones abdominales* ocupan los alrededores del riñon, las fosas ilíacas y la escavacion pelvítica, donde el tejido celular abunda mas que en las otras regiones del vientre.

Flemon perinefrítico: inflamacion del tejido celular adiposo que en tanta cantidad existe en la circunferencia de los riñones y delante de los músculos cuadrados de los lomos. Siempre es gravísimo, esceptuando tal vez los casos, en que se presenta primitivo y muy circunscrito.

Flemon ilíaco. Esta inflamacion del tejido celular de la fosa ilíaca es la mas comun de las abdominales de su índole, pudiendo terminar por resolucion, supuracion, gangrena é induracion y reclamando el mas sério y circunspecto pronóstico.

Flemon pelvítico: inflamacion del tejido celular de la cavidad que le da nombre. Raras veces es el flemon pelvítico real y verdaderamente espontáneo ó primitivo, porque tanto en uno como en otro sexo suele ser consecuencia de otras afecciones. Como termina ordinariamente por supuracion, es muy fácil comprender toda la gravedad de un abceso intra-pelviano.

Papera ó parótida falsa se ha llamado á la inflamacion del tejido celular de la region parotidea. Ha de considerarse como un infarto inflamatorio de curso

agudo que suele atacar tan solo a niños y adolescentes, careciendo en general de peligro. Debemos sin embargo asegurar que cuando su metastasis se verifica en el cerebro, pueden sobrevenir formidables accidentes.

Inflamaciones del tejido muscular.

Miositis: asi se llama la indicada inflamacion del tejido muscular, siendo á la verdad tan sumamente rara, que muchos médicos la niegan. Son sin embargo todos los músculos suceptibles de padecerla, aunque ha sido especialmente estudiada en el corazon, el diafragma y los psoas.

Parafrenesis, frenitis, diafragmitis, diafragmatitis, etc.: inflamacion del diafragma. No podemos dejar de advertir que bajo tales denominaciones han sido confundidas muchas y diversas enfermedades cuyo asiento ni es, ni puede ser el diafragma.

Psoitis: inflamacion del músculo psoas que es la mas comun de todas las musculares, terminando con mucha frecuencia por supuracion.

Inflamaciones de la piel.

El estado flogístico de la piel es agudo ó crónico, y pueden admitirse varias especies de él, v. gr. exantemas, vesículas, flictenas y pústulas.

Exantema: toda inflamacion cutánea que tiene por carácter una rubicundez mas ó menos viva, circunscrita ó difusa, que disminuye ó desaparece momentáneamente por la presion.

Roseola: exantema no contagioso, con manchas rosáceas no prominentes, diversamente configuradas, cuya duracion es efímera, y aun cuando sea precedido y acompañado de calentura, nunca suele presentar gravedad.

Eritema: otra inflamacion exantemática, no contagiosa, y caracterizada por manchas rojas, superficiales, diversas en número, forma y estension, que terminan por delitescencia, resolucion ó descamacion despues de uno ó dos septenarios.

Reviste el eritema varias formas, asi es que suelen describir los autores eritemas *benignos, papulosos, nudosos, tuberculosos*, etc.; por *intertrigo* entendemos el benignísimo eritema producido por humores acres, como la orina, el sudor, etc., segun se observa debajo de las tetas de las mujeres gruesas, en las nalgas, muslos, escroto, etc., de los tiernos niños. Mucho se escribió en París en 1828 acerca del eritema epidémico que recibió el nombre de *acrodinia*.

Erisipela: consiste la enfermedad tan comun que lleva este nombre en una inflamacion exantemática y no contagiosa, generalmente difusa y acompañada de rubicundez viva de la piel con dureza y ligera hinchazon de la misma, que termina por resolucion, descamacion, supuracion ó gangrena, y cuya duracion puede fijarse, en cuanto al primer ataque, en doce ó quince dias, y en cinco ú ocho con respecto á los ataques consecutivos. Infinitos nombres ha recibido este exantema con relacion á los síntomas locales predominantes, v. gr. erisipela miliar, papulosa, flemonosa, flictenoidea, etc.; ó á los síntomas generales y simpáticos, como erisipela biliosa, atáxica, etc.; á sus termina-

ciones, y asi se dice: erisipela ulcerativa, gangrenosa, etc. Existen, por supuesto, mas ó menos completamente generales y locales, faciales, craneanas, torácicas, abdominales, etc.

Es esta enfermedad unas veces muy benigna y otras grave, maligna y aun malignísima: en igualdad de circunstancias la que ocupa á un mismo tiempo el cuero cabelludo y la cara, debe considerarse la mas grave.

Herpe. Segun el lenguaje adoptado por los mas sabios autores de la presente época, servir debe la voz herpe para designar un grupo de enfermedades cutáneas, caracterizadas por el desarrollo de un número mayor ó menor de vesículas reunidas en grupos sobre una base inflamada y separadas por porciones de piel completamente sana.

Los herpes constituyen enfermedades cuyo curso es agudo y cuya gravedad es casi siempre poca: toman nombres diversos, hijos de varias circunstancias; asi por ejemplo en razon al sitio decimos herpe del labio, del prepucio, del escroto, de los pezones, etc.: atendiendo á la forma ó mejor dicho á la relacion que guardan los grupos vesiculosos, admitimos el herpe flictenoideo, zoster y cincinato: por el limbo que los rodea presentándose de variados colores, decimos herpe iris ó herpe de color de iris: por la alteracion que en los cabellos ocasiona una variedad herpética, admitida por nosotros con muchísima reserva, se dice herpe tonsurante.

Zona ó zoster el herpe que solo ocupa la mitad del cuerpo formando una verdadera zona ó medio cinturon de pulgada y media á dos pulgadas de ancho: alguna, aunque rarísima vez, se presenta cual completo cinturon en todo el contorno del cuerpo.

Herpe cincinato: el que se manifiesta por vesículas muy pequeñas situadas sobre un fondo rojo, formando anillos ó cercos completos cuyo centro queda sano. Semejante variedad herpética ataca con notable frecuencia á las jóvenés rubias de fina piel.

Herpe iris. Es muy raro y se caracteriza por pequeñitos grupos de vesículas rodeadas de cuatro anillos concéntricos de diversos matices, por cuya circunstancia han comparado muchos pacientes este herpe á una escarapela.

Herpe tonsurante: asi se denomina el que destruyendo el cabello, establece una especie de tonsura ó corona, que en muchos casos es de mayor estension que un peso duro. Parece contagioso; dura muchísimo, en ocasiones quince ó mas años, y rarísimas veces menos de tres.

Herpe flictenoides ó miliar: erupcion de vesículas aglomeradas en mayor ó menor número y dispuestas en chapas irregulares sobre puntos cutáneos inflamados.

Eczema, sarna epidémica, herpe escamoso, húmedo, vivaz, etc.: erupcion vesiculosa, caracterizada por muchísimas vesículas muy pequeñas y aglomeradas en superficies anchas é irregulares: las mas de ellas se abren ó rompen, de lo que resultan escoriaciones superficiales, exhalaciones sero-purulentas y escamas ó caspa. Es el eczema agudo ó crónico: se admiten tres variedades principales del primero, que son: eczema *simple*, eczema *rubro*, eczema *impetiginoides*. Atendiendo al sitio ocupado por la erupcion, se admite tambien el eczema del *cuero cabelludo*, del *rostro*, de los *órganos genitales*, etc. Ordinariamente es el eczema una enfermedad leve, presentando, sin embargo, á veces

alguna gravedad, ya por invadir todo el tegumento, ya por complicarse con lesiones viscerales.

Pénfigo ó *ponfolix*: enfermedad cutánea, flictenosa, caracterizada por una ó muchas ampollas que se desgarran fácilmente y derraman el líquido que contienen, siendo seguidas de escoriaciones ó de costras ténues, á cuya caida suceden manchas mas ó menos duraderas. Se observa agudo ó crónico, aunque este con mucha mayor frecuencia. Constituye en general una afeccion poco peligrosa, si está libre de complicaciones. Débese esceptuar el pénfigo de los reciennacidos que es bastante mortífero.

Lo hay epidémico, pero no contagioso.

Rupia: otra inflamacion cutánea flictenosa que se revela con flictenas aplanadas, aisladas y llenas de un líquido, al principio seroso y despues purulento ó sanguinolento, que concretándose forma costras negruzcas y gruesas, seguidas de úlceras mas ó menos profundas. Las especies descritas por algunos autores, no constituyen rupias diferentes, sino grados variables de un mismo mal. En este caso se hallan la rupia *simple*, la *prominente* y la *escarótica*. Su pronóstico debe arreglarse al número, profundidad y caracteres de las úlceras; tambien á la índole de las complicaciones que existan.

Acné: inflamacion pustulosa de los folículos sebáceos, que se caracteriza por pústulas poco estensas, separadas unas de otras y rodeadas de una aureola rosada ó lívida, mas ó menos duras en su base, ocupando la cara y en algunos casos el cuello y parte superior del pecho. Se observan cuatro especies, *simple, dura, rosácea y sebácea*: la salpicada de puntitos negros (*acné punctata* de Willan) corresponde á la simple. Aunque el acné carece de gravedad para poder ocasionar la muerte, no deja de ser una inflamacion muy incómoda y con frecuencia muy rebelde.

Mentagra ó *sycosis y varus*: erupcion sucesiva de pustulitas, bastante análogas á las del acné, que se desarrollan en el labio inferior, en las regiones sub-maxilares y en las partes laterales de la cara: tiene á veces fastidiosísima duracion, pero nunca compromete la vida.

Ectima: flegmasia cutánea caracterizada por pústulas *flizácieas* redondeadas, comunmente discretas, con base tambien inflamada y bastante roja; tales pústulas son reemplazadas por costras parduscas, mas ó menos gruesas y seguidas despues de manchas rojizas ó de pequeñas cicatrices. Hay ectima agudo y crónico, infantil y caquéctico. El estado profundo de debilidad que con notable frecuencia coincide con esta erupcion, hace que en algunos casos sea muy grave.

Impetigo: enfermedad llamada por algunos herpe crustáceo y por Alibert melitagra, que se caracteriza por la erupcion de pustulitas *psidrácieas*, confluentes ó discretas, las cuales al desecarse forman costras amarillas, gruesas y rugosas.

Impetigo regular: la misma inflamacion con pústulas circulares ú ovaladas,

Impetigo irregular ó esparramado: la misma con pústulas sin forma determinada.

Impetigos deben considerarse tambien las enfermedades que Willan denomina *porrigo larvalis* y *porrigo granulata*, estudiadas como *tiñas* por muchos

autores. El impetigo *larvalis* constituye la afeccion que el vulgo llama *usagre* ó *costra de la leche*: se describia en tiempos antiguos con el nombre de tiña mucosa: en el dia, empero, en atencion á que *larva* significa máscara ó careta, y el *usagre* forma una especie de máscara aplicada á la cara del tierno niño, ha recibido la denominacion científica de *impetigo larvalis*. Suele ocupar la frente, mejillas y barba en los niños de uno á cuatro años, y como va acompañada de mucho prurito y aun dolor, los enfermitos se rascan hasta el punto de hacerse bastante daño y arrancarse las costras que vuelven á formarse repetidas veces.

Ningun impetigo libre de complicaciones reclama sério pronóstico.

Existen dos inflamaciones cutáneas específicas, prescindiendo de las que se estudian en otras clases, por no ser el elemento flogístico lo que constituye su naturaleza, sino la calentura ó alguna otra circunstancia, segun se ve en las viruelas, la escarlatina, la pústula sifilítica, etc.

Son las dos inflamaciones cutáneas específicas que acabamos de indicar, el *favus* y la *difteritis*.

Favus ó enfermedad favosa, inflamacion con hipersecrecion del orificio esterior del conducto pilífero: tiene por principal asiento el cuero cabelludo, y se manifiesta por un derrame debajo del epidermis y alrededor de el cabello, de una sustancia amarilla que pronto se solidifica tomando la figura de un pequeño cangilon atendida su redondez, con depresion en el centro. Es el favus contagioso y tiene duracion indefinida, constituyendo la tiña *favea* ó *favosa* y tambien el *porrigo* de los autores que nos han precedido. Es grave ya por su cruel duracion, ya por la alopecia que suele ocasionar, ya sobre todo, por la funesta influencia que ejerce en toda la economía.

Difteritis cutánea: inflamacion de la piel que se caracteriza por la formacion de una falsa membrana. No puede existir sin la condicion esencial de haberse destruido préviamente el epidermis; por manera, que una solucion de continuidad cualquiera de la piel, se convierte en concrecion difterítica, volviéndose roja ó lívida, y en algunos casos invade estensas superficies. La miseria y las malas condiciones higiénicas de todo género, parecen ser sus principales causas. Aunque la difteritis limitada á la piel suele terminar favorablemente, deberá con todo, el médico formular con mucha cautela el pronóstico, porque se trata de una enfermedad muy especial que siempre prueba la pésima predisposicion de la econonomía, y pudiéramos decir una infeccion desconocida á cuyo beneficio fácilmente se estableciese la peligrosísima difteritis mucosa.

La cuarta clase de enfermedades comprende las hemorragias.

Entiéndese por *hemorragia* todo flujo de sangre fuera de los vasos que están destinados á contenerla, ora se derrame el líquido en una superficie libre, ora en el interior de un órgano ó de un tejido. En este último caso suele darse á la hemorragia el nombre de *apoplegia*.

He aquí indicadas las principales hemorragias:

Epistaxis: la que se verifica por la superficie de la membrana pituitaria, ó sea por las narices: grave y peligrosa puede ser tan solo ó por su escesiva abundancia, ó por verificarse en personas débiles ó debilitadas.

Hemoptísis, neumorragia, bronco-hemorragia, esputo de sangre: asi se llama la enfermedad caracterizada por la espectoracion de una cantidad mayor ó menor de sangre exhalada por la membrana mucosa de las vias aéreas, desde

la laringe hasta las últimas ramificaciones bronquiales. Es activa ó pasiva, esencial ó sintomática: tambien se describe una hemoptisis constitucional.

Como esta hemorragia siempre es grave, ha de poner el médico sumo cuidado en averiguar si la sangre procede realmente de las vias aéreas, porque la que sale por la boca puede provenir de la boca misma, de las fosas nasales, del estómago y del pecho.

Estomatorragia: hemorragia de la boca, pudiendo verificarse en su cámara anterior ó en la posterior. Casi siempre sintomática de la escasez de fibrina en la sangre, es, sin embargo, alguna vez primitiva ó esencial: en las mujeres suple con alguna frecuencia á la menstruacion suprimida. Su mayor ó menor gravedad depende de las causas.

Gastrorragia y hematemesis. Por gastrorragia se entiende la hemorragia que tiene lugar en el interior del estómago; por hematemesis la salida ó espulsion por medio del vómito, de la sangre de la misma hemorragia. Esta sangre se halla exhalada ó derramada en la cavidad estomacal.

La gastrorragia es constantemente una enfermedad grave, y en algunos casos tan funesta que determina la muerte en brevísimo tiempo.

Digno nos parece de notarse que los niños que maman, pueden vomitar sangre por haberla chupado con la leche de sus madres ó nodrizas, y que algunas personas beben con fin siniestro sangre humana ó de algun irracional, y provocando artificialmente el vómito, la arrojan para simular una enfermedad que están muy distantes de padecer.

Lo mismo es decir gastrorragia que gastro-hemorragia; y hematemesis que vómito de sangre.

Se comprende fácilmente que ha de haber hemorragias del estómago esenciales y sintomáticas.

Enterorragia ó *entero-hemorragia*: hemorragia del interior de los intestinos, esto es, de su membrana mucosa: puede verificarse en cualquier punto desde el principio del duodeno hasta la terminacion del recto, y ser activa ó pasiva, esencial ó sintomática. Nunca carece de gravedad; se observa á veces peligrosísima y tambien mortal. La sangre sale, ó como se acostumbra decir, es escretada por el ano; no se olvide, empero, que puede salir por dicha parte sangre procedente de las fosas nasales, de la boca ó del estómago.

Hemorroides. En el dia se emplea esta palabra para designar las enterorragias ó flujos sanguíneos que se verifican por la extremidad inferior del intestino recto, y tambien los tumores sanguíneos del mismo punto, que si ocupan la márgen del ano, se llaman hemorroides ó *almorranas* esternas, y si están por encima del esfinter interno, *almorranas* internas.

Hematuria: salida ó escrecion de sangre por la uretra: verifícase, como la de la orina por contraccion de la vejiga, por cuya circunstancia muchos llamaron orina de sangre á la hematuria. Ademas de dividirse esta lo mismo que todas las hemorragias en activa y pasiva, esencial y sintomática, se admite la hematuria *renal*, la *uretérica* y la *vesical*, segun que la sangre procede de los riñones, uréteres ó vejiga, cosa generalmente muy difícil de averiguar.

Aunque la hematuria sea en varias ocasiones un leve mal, indica en muchísimas inmenso peligro, v. gr. cuando es muy abundante, muy duradera, ó complica alguna grave dolencia médica ó quirúrgica.

Existen hematurias calculosas, cantaridanas, etc. y en algunos paises las hay endémicas.

Uretrorragia ó *uretro-hemorragia*: hemorragia de la membrana mucosa de la uretra; enfermedad leve, casi esclusiva del sexo masculino. La sangre va saliendo por lo comun gota á gota, es pura, y obedeciendo, al salir, á la ley de la gravedad, lo efectúa sin el menor concurso de las contracciones vesicales.

Metrorragia, pérdida de sangre; menorragia, flujo sanguíneo uterino, etc. Estos y otros nombres lleva la hemorragia que se verifica en la superficie interna del útero fuera del tiempo de la menstruacion, ó bien durante esta, pero en cantidad mayor que la necesaria.

Ademas de dividirse en activa, pasiva, esencial, sintomática, etc. debe estudiarse la metrorragia en el estado de vacuidad de la matriz, durante la preñez, en el acto del parto, inmediatamente despues de este, y por fin, en las diversas épocas del puerperio. Siempre es una hemorragia muy grave.

Meningorragia: hemorragia ó apoplegía meningea se denomina el derrame de sangre que tiene lugar en la gran cavidad de la aragnoides, en el tejido celular sub-aragnoideo, ó en los ventrículos cerebrales. Tan terrible se muestra esta hemorragia, que muchos prácticos la consideran mas mortífera que la apoplegía cerebral, y varios dudan que se haya curado ni una sola vez: mata en algunos casos en pocos minutos, y lo mas comunmente en cuatro ó cinco dias.

Meningorragia raquidiana. Se diferencia de la precedente en estar derramada la sangre en la aragnoides correspondiente al raquis: ha sido muy poco estudiada aun; pero parece que se puede aplicar á ella *a priori* lo que acaba de notarse acerca de la meningorragia cerebral.

Hematidrosis: voz usada para espresar sudor de sangre, ó sea la exhalacion de este líquido por la piel: rarísima vez se ha observado general, y las hematidrosis parciales se verifican en las regiones donde es mas fino y blanco el tegumento, como yemas de los dedos, axila, cuello, etc. Su pronóstico muchas veces benigno, debe ser fatal cuando la hemorragia existe en gran parte de la superficie del cuerpo, ó reconoce por causa algun estado patológico grave.

Hemorragia intersticial ó apoplegía: violento derrame de sangre en el interior de los tejidos. Verifícase en todos los órganos sin escepcion, pero con mayor frecuencia en el cerebro y en los pulmones.

Hemorragia ó *apoplegía cerebral* denominada tambien *hemato-encefalia*: consiste esta enfermedad en un derrame mas ó menos considerable de sangre en la sustancia del cerebro. Fue conocida por los mas antiguos médicos, pues tiene por síntoma constante la abolicion ó disminucion de la motilidad, y casi siempre simultáneamente de la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, de lo que resultan parálisis en general mas completas en los miembros superiores que en los inferiores.

La hemorragia encefálica es en todas circunstancias y edades muy grave, por manera que mata desde el primer ataque á la tercera ó cuarta parte de los enfermos, y los que se libran la primera vez, quedan tullidos en elevado ó pequeño grado, hasta que sucumben á una nueva hemorragia, ó á un reblandecimiento cerebral consecutivo.

Por *apoplegía capilar*, llamada con mas exactitud *apoplegía por infiltracion*,

se entiende la misma hemorragia verificándose esclusivamente en la sustancia gris de las circunvoluciones ó de las partes centrales.

Por apoplegía *nerviosa* se debe comprender aquella que produce todos los síntomas de las hemorragias cerebrales sin derrame ni lesion alguna ostensible en el encéfalo.

Hemorragia de la médula espinal: enfermedad de curso rápido y funesto, pero hasta hoy no se han observado mas que seis ó siete ejemplos de ella, pudiendo inferirse de los mismos, que existen segun los casos muchos focos sanguíneos ó solamente uno ocupando siempre el centro del órgano, es decir, la sustancia gris: el derrame sanguíneo ora reside en una mitad lateral de la médula, ora en todo su espesor.

A pesar de lo que acabamos de indicar, hubo un caso (que es verdaderamente el único) de curacion: un enfermo hubo tambien que no murió hasta los cuarenta dias del mal.

Apoplegía pulmonal, ó *pneumo-hemorragia*: consiste en el derrame sanguíneo que se verifica en el tejido de los pulmones de un modo análogo al que acabamos de esplicar relativamente al cerebro. Esta enfermedad es muy grave, pudiendo ocasionar la muerte casi repentina.

Finalmente notaremos que suelen admitirse apoplegías ó hemorragias intersticiales de muchísimos otros órganos, porque ya queda dicho que en todos los del cuerpo humano puede la sangre infiltrarse y derramarse; asi es que se admiten apoplegías del hígado, bazo y otros órganos abdominales, de la placenta que parece ser uno de los órganos donde se forman con mucha facilidad focos sanguíneos y á veces en número considerable, de los músculos, y por lo tanto del corazon, etc., etc. Algunas de tales apoplegías, empero, son rarísimas, varias de oscuro y escabroso diagnóstico, y otras del todo imposibles de conocerse.

Púrpura: se da este nombre y tambien el de *escorbuto de tierra* á la erupcion espontánea en la superficie del cuerpo, de equimosis y petequias acompañadas con frecuencia de hemorragias internas. Willan estableció las siguientes especies de púrpura que nombraremos en su mismo lenguaje: 1.ª *purpura simplex*; 2.ª *urticans*; 3.ª *senilis*; 4.ª *hemorrágica*; 5.ª *contagiosa*. Oportuno nos parece advertir que la última no es púrpura sino la erupcion petequial de la peste, tifus y otras afecciones graves: otro autor opina que todas las variedades de la púrpura se encierran en estas dos formas: púrpura febril ó infebril, ó apiréctica, como él dice.

La enfermedad que nos ocupa es unas veces benigna, otras grave, en especial la púrpura hemorrágica, peligrosa siempre, ya se muestre febril, ya apiréctica.

Escorbuto. Hace unos cuatro siglos que sirve la palabra escorbuto, derivada del danés ú holandés, para designar una enfermedad caracterizada por debilidad general, diversas hemorragias, equimosis lívidos en la piel y tumefaccion fungosa de las encías que arrojan sangre. Su curso es sobremanera vário en términos que ya el mal termine por la curacion ó por la muerte, no puede fijarse su duracion ni aun aproximadamente.

Hemofilis ó *diátesis hemorrágica congénita*: es una afeccion caracterizada por la grande y congénita predisposicion á hemorragias graves y hasta mortales, que reclama triste pronóstico, por ser una de las mas terribles.

Quinta clase de enfermedades. *Secreciones morbosas.*

Hipercrinia: secrecion escesiva de un fluido natural, sin alteracion apreciable del órgano en que se verifica.

Hiperdiacrisia: secrecion copiosa de un líquido no natural ó insólito.

Todas las secreciones morbosas pueden ser satisfactoriamente estudiadas, dividiéndolas asi: 1.° secreciones serosas; 2.° mucosas; 3.° propias de algunos órganos como orina, esperma, leche, grasa, etc. 4.° pneumatosis ó secreciones de fluidos elásticos.

Secreciones serosas.

Hidropesía es la acumulacion de serosidad en las mallas del tejido celular ó en las membranas serosas. Se han hecho de ella muchísimas especies y variedades, segun sus causas, su sitio, su abundancia, etc., etc. Tal vez la division mas importante de las acumulaciones serosas, es la de hidropesías esenciales ó idiopáticas y sintomáticas, y activas ó esténicas, y pasivas ó asténicas.

Anasarca, leucoflegmasia: acumulacion de la serosidad en las mallas del tejido celular de todo el cuerpo, especialmente en el sub-cutáneo: es hidropesía infiltrada: sigue un curso agudo ó crónico, é indica siempre mucho peligro.

Edema. Asi como la anasarca puede llamarse edema general, denominarse podria el edema anasarca parcial, pues consiste en la infiltracion serosa de alguna parte del cuerpo. Serán infinitos los edemas si se atiende al órgano edematoso, y se dirá: edema de las narices, de los párpados, del escroto, etc., etc. Para dividir esta hidropesía de una manera mas significativa y científica, se ha apelado al lenguaje anatómico y se ha admitido el edema *sub-cutáneo, sub-mucoso, sub-seroso, intersticial y parenquimatoso.*

Edema de los reciennacidos: variedad importante del edema sub-cutáneo, muy frecuente en las inclusas y casas de maternidad, al paso que rarísima en las particulares: consiste en una infiltracion local de serosidad, que en breve se generaliza; y mata con funesta celeridad á los reciennacidos. Parece que esta afeccion nada tiene de específica, y que se han equivocado los autores que creyéndola tal, la llaman *esclerema* é *induracion* del tejido celular.

Edema de las recienparidas. Se llama tambien esta hidropesía *phlegmatia alba dolens, edema doloroso, infartos y depósitos lácteos, leche esparcida por el cuerpo*: es otra importantísima variedad del edema sub-cutáneo, que algunas mujeres recienparidas padecen, y consiste en una infiltracion serosa, limitada ordinariamente á las estremidades inferiores, que se acompaña de muy viva sensibilidad en las mismas y se complica en muchos casos con diversas afecciones inflamatorias, sobre todo del sistema linfático y venoso y de las articulaciones pelvíticas. Sin las complicaciones, el edema de las recienparidas suele terminarse felizmente; mas á causa de ellas, muchas mujeres sucumben. No es, sin embargo, enfermedad muy comun.

Edema cerebral: infiltracion serosa del cerebro, enfermedad rara que parece formar el carácter anatómico de la estupidez.

Hidrocéfalo: acumulacion serosa en el cráneo.

Hidrocéfalo agudo: hidropesía tal vez siempre sintomática de las lesiones

cerebrales ó meningeas, porque parece muy probable que no hay hidrocéfalo agudo-esencial.

Hidrocéfalo sobre-agudo, hidrorragia, hidropesía encefálica sobre-aguda, apoplegía serosa. Tales son las denominaciones que se han dado á una enfermedad, cuyo carácter anatómico es la acumulacion de gran cantidad de serosidad en el interior del cráneo, y cuyos síntomas culminantes son la pérdida súbita, mas ó menos completa de la sensibilidad, la del movimiento y la de la inteligencia. Ataca preferentemente á las personas ancianas, á las débiles y abrumadas de padecimientos; ocasionando la muerte de casi todas.

Algunos médicos modernos niegan la existencia de la apoplegía serosa.

Hidrocéfalo crónico ó hidrocefália crónica. Esta hidropesía es á veces congénita, y se desarrolla otras despues del nacimiento. Casi siempre va acompañada de un aumento muy considerable de la cabeza; siendo digno de notarse que dicho aumento corresponde á la bóveda, pues la base permanece normal. Verdaderos hidrocéfalos crónicos han sido observados en niños, cuyas cabezas eran ó naturales ó mas pequeñas todavía.

La muerte es la terminacion constante del hidrocéfalo crónico, tanto congénito como adquirido. ¿Serán auténticos algunos casos curados que en ciertos libros leemos?

Hidrorraquis: con esta palabra se significa toda acumulacion de serosidad en el conducto espinal ó raquidiano. Se cree que puede existir una apoplegía serosa medular, análoga á la cerebral; pero en el actual estado de la ciencia debemos confesar que no poseemos datos suficientes para afirmarlo: la única hidropesía raquidiana bastante estudiada es la que se complica con la espina bífida.

Espina bífida se llama un vicio de conformacion por falta de desarrollo, consistiendo en la separacion ó defecto de una ó varias láminas vertebrales.

Hidroraquis con espina bífida: hidropesía congénita, caracterizada por uno ó muchos tumores serosos, fluctuantes y situados á lo largo del raquis, que se comunican con las membranas de la médula, las cuales forman hernia al esterior, por faltar ó estar separadas las láminas vertebrales correspondientes.

Muchísimos de los niños que vienen al mundo padeciendo hidrorraquis, sucumben poco despues del nacimiento, y su muerte es mas pronta, cuanto mas altos son los tumores serosos. Parece, sin embargo, haber algunos vivido veinte y aun treinta años con tumor abierto y fistuloso.

Edema pulmonal: infiltracion serosa en el tejido de los pulmones, haciéndolo menos permeable al aire. No nos parece bien demostrada la existencia del edema pulmonal agudo y capaz de matar con prontitud, determinando una sofocacion cual la que causa el edema de la glotis. En cuanto al crónico, su mayor ó menor peligro depende de la porcion de los pulmones infiltrada, pues limitándose el edema á la base de estos órganos, es quizá poco funesto.

Hidrotórax: acumulacion de serosidad en una ó en ambas pleuras constituyendo la enfermedad vulgarmente llamada *hidropesía del pecho*. Es muy frecuente, pero casi siempre sintomática de alguna afeccion anterior, formando una complicacion gravísima que acelera el término fatal.

Hidropericardio: hidropesía derramada del pericardio, que por lo comun

se divide por los autores en idiopática y sintomática. Muy dudosa nos parece la existencia de la primera, al paso que es bastante comun la segunda, manifestándose con los mismos síntomas que la pericarditis aguda ó crónica, acompañada de derrame algo considerable.

Sabido es que en el pericardio del mayor número de cadáveres se encuentra una variable cantidad de serosidad citrina ó algo sanguinolenta, atribuida con razon á la agonía : para poderse decir que hay hidropericardio es necesaria la existencia de mas de cuatro onzas de líquido.

El pronóstico de esta gravísima hidropesía ha de arreglarse á la mayor ó menor abundancia del derrame y á la afeccion que complica.

Ascitis : acumulacion de serosidad en la cavidad del peritoneo; hidropesía derramada, casi siempre sintomática, aunque alguna vez se observa idiopática y suele entonces revestir la forma esténica. Es siempre grave, variando sobre manera en cuanto á su duracion : personas ascíticas ha habido durante treinta ó cuarenta años, y M. Canu habla de una mujer que fue hidrópica por espacio de diez y seis, sufrió la operacion paliativa ó paracentesis, ochocientas ochenta y seis veces, y por fin se curó. Tales escepciones, sin embargo, poco prueban contra la gravedad de la ascitis, cuya terminacion mas ó menos tardia, es casi siempre funesta : su pronóstico ha de basarse mas que en la misma hidropesía, en la índole de las afecciones, de las que es sintomática.

Sépase que la preñez constituye una circunstancia muy agravante, y que la paracentesis provoca en general el aborto ó el parto.

Algunos autores admiten y describen otras ascitis que indicaremos, aunque nos parezca no merecer tal denominacion, son las siguientes :

Ascitis sub-cutánea : infiltracion de serosidad en las paredes abdominales.

Ascitis vaginal : derrame de serosidad en las vainas de los músculos rectos del abdómen.

Ascitis enquistada peritoneal : derrame seròso en un quiste desarrollado en el peritoneo.

Ascitis visceral : derrame de la misma naturaleza en alguna de las vísceras abdominales.

Secreciones serosas de las membranas mucosas.

Rinorrea : flujo seroso que se verifica por las fosas nasales. Morgagni cita algunos ejemplos de esta enfermedad que no es aun bastante conocida.

Cólera asiático ó epidémico : cruelísima y en estremo mortífera afeccion, endémica en la India y que tan solo accidentalmente suele reinar en Europa, si bien tememos que sea ya de un modo definitivo importada á nuestro continente. La horrorosa epidemia colérica que principió en 1817 en Jesora, cerca de las bocas del Ganges, é invadió sucesivamente el Asia, el Africa, la Europa y la América, fue sembrando el espanto y la muerte en el espacio de quince, años en mas de tres millones de leguas cuadradas.

Hé aquí los principales síntomas del cólera : vómitos y cámaras acuosas blanquecinas, semejantes al agua de arroz; supresion de orina; frecuencia, pequeñez y luego falta de pulso; enfriamiento casi glacial del cuerpo; color violado de la piel que ademas está flácida y rugosa; enflaquecimiento rápido;

calambres muy dolorosos en los miembros; afonía mas ó menos completa; opresion á veces estremada. Tal es la forma intensa de la enfermedad.

Sus mas notables períodos son:

1.° *Colerina* ó prodromos: malestar, debilidad, inapetencia, sed, dolores de vientre, borborigmos muy sonoros, diarrea amarilla ó blanquecina, mucosa y fétida, insomnio, sudores, escalofríos, pulso tranquilo ó un poco acelerado. Algunos aunque muy raros enfermos han sucumbido sin presentar mas síntomas.

2.° *Período álgido, azul, asfíxico, cianico.* Ya está el cólera declarado: la sed se hace intensísima, la circulacion parece luego hallarse interrumpida y se van presentando los síntomas peligrosísimos que hemos indicado. Aun cuando todos los sentidos esten muy debilitados ó casi estinguidos, las facultades intelectuales permanecen íntegras, pues es muy raro que un colérico delire. No considerándose la colerina como el grado ó período primero del mal, se divide el segundo en dos; y cuando los mas terribles síntomas tienen lugar, se dice entonces, y únicamente entonces, que el cólera ha llegado á su segundo período, ó sea al álgido.

3.° *Período reaccionario.* Si los coléricos no sucumben en la algidez, entra la reaccion que cambia el aspecto de la enfermedad y de los enfermos: desaparece el frio poco á poco, el pulso se hace perceptible y va recobrando energía y estension, disminuyen la cianosis y el enflaquecimiento, pónese el rostro colorado, se inyectan los ojos, adquiere fuerza la voz, se restablece la secrecion de la orina al paso que van cesando los vómitos y evacuaciones intestinales, etc.

Desgraciadamente la reaccion no es en muchísimos casos franca, completa, pura y salvadora, sino al contrario incompleta, falsa, complicada ó escesiva. Siendo aparente ó escasa, bien pronto nuevos síntomas álgidos y asfíxicos arrebatan á los pacientes. Cuando se presenta complicada con accidentes tifoideos, tambien mueren aquellos á los pocos dias, como si su mal fuese un tifo. Segun la índole de la reaccion escesiva, obsérvanse en los infortunados coléricos, diversas erupciones cutáneas, ó congestiones é inflamaciones, en especial del encéfalo, meninges ó pulmones.

Por cólera *fulminante* se entiende el que invade bruscamente con los síntomas mas graves del estado álgido.

La duracion media del cólera asiático es de unas sesenta horas: hay casos que duran poquísimas, y como acabamos de notar, los hay tambien fulminantes.

¿Es ó no contagioso el cólera asiático? Esta pregunta encierra un problema que todavía se ha de resolver.

Como en el estado actual de los conocimientos médicos, se ignora la naturaleza de tan maligna enfermedad, nosotros atendiendo á su síntoma predominente, que consiste en la exhalacion intestinal, creemos haberla clasificado convenientemente, colocándola entre las secreciones morbosas.

Hidro-enterorrea: flujo seroso que se verifica por el ano, sin mezcla de bilis, ni mucosidades. Es enfermedad comunmente de breve duracion y curso benigno, pero que debilita y enflaquece mucho á los que la padecen.

Hidrorrea. Aguas falsas: flujo acuoso que se observa en algunas mujeres

embarazadas, sobre todo hácia los últimos meses de la preñez: el líquido seroso va saliendo gota á gota ó por oleadas, sin ningun dolor y sin la mas mínima contraccion uterina: es por lo comun una enfermedad benigna, y por lo tanto no ejerce influencia alguna dañosa sobre el embarazo.

Hidrometra, hidrometría, ascitis de la matriz, hidropesía uterina: denominaciones sinónimas con las cuales se designa la acumulacion de serosidad en la matriz, enfermedad escesivamente rara; pero cuya existencia está demostrada, digan lo que quieran los que todavía la niegan. Admitimos únicamente dos especies de hidrometría, pues la que Astruc y Sauvages llaman *hidática*, no es una hidropesía sino un mal debido á la presencia de una ó mas hidátides, y la *celular* de J. P. Frank, en la que el líquido se hallaria en las paredes uterinas, no se funda en hechos suficientes. Las dos especies por nosotros admitidas son:

1.ª *Hidrometra en el estado de vacuidad de la matriz*: enfermedad para cuyo desarrollo es precisa la oclusion del orificio uterino, con aumento simultáneo de la secrecion uterina. Es leve cuando idiopática; muy grave, empero, cuando sintomática de alguna lesion orgánica de la misma matriz.

2.ª *Hidrometra en el estado de preñez*: constituida por un aumento considerable del fluido amniótico, se anuncia rara vez antes del quinto mes, presentándose principalmente en las preñeces dobles. Esta hidropesía del amnios, sin dejar de ser grave para la mujer, es muy funesta para el feto, que por la estremada distension uterina es espulsado por aborto, ó fallece en el claustro materno, ó si llega vivo hasta la época natural del parto, nace débil y miserable.

Secreciones mucosas.

Catarro: aumento accidental de la secrecion de los folículos mucosos, sin inflamacion. El flujo catarral es generalmente alcalino y alguna vez ácido: hay catarros agudos y crónicos. Su pronóstico debe arreglarse al sitio, intensidad, duracion, abundancia de la secrecion mucosa, y á las complicaciones.

Broncorrea, catarro pituitoso, flegmorragia pulmonar, flujo bronquial: espectoracion muy copiosa de moco incoloro, filamentoso, trasparente, mezclado con burbujas de aire y parecido á la disolucion acuosa de clara de huevo. La broncorrea se observa aguda ó crónica. Si en la primera esperimenta el enfermo dificultad para espeler el moco segregado, corre peligro de perecer por asfixia: el pronóstico de la segunda ha de ser siempre triste, porque rarisímamente se cura.

Gastrorrea: abundante exhalacion de fluido mucoso en la superficie interna del estómago y vómitos del mismo. No pone la vida en peligro, pero su curacion suele ser larga y escabrosa.

Diarrea catarral.—El flujo catarral de los intestinos es el mas frecuente y consiste en deyecciones líquidas, amarillentas y mucosas, mas ó menos abundantes, y por lo comun sin dolor. Estando exento de complicaciones, suele ser benigno, teniendo, sin embargo, bastante gravedad en la infancia.

Leucorrea, reglas blancas, menorragia blanca, catarro uterino, flores blancas, etc. Tales nombres se han dado á un flujo mucoso que se verifica por las

partes esternas de la generacion en muchísimas mujeres: las propiedades físicas del humor segregado varían sobremanera: ya es blanco, ya amarillo ó verdoso, ya presenta estrías de color azul ó gris: ora se observa acuoso, ora albuminoso; completamente inodoro ó con repugnante olor, etc. Algunas enfermas apenas llegan á humedecerse, al paso que otras pierden muchísimo. Semejante flujo puede acompañarse de síntomas no solo locales, sino tambien generales, y constituye una enfermedad que aun cuando carezca de peligro, ocasiona molestias físicas y morales que acibaran la existencia de las pacientes.

Catarro vesical. Secrecion de un humor mucoso ó filamentoso que sale con la orina: enfermedad casi siempre crónica, y tal como aquí la consideramos, independiente de todo grado de cistitis, es en verdad, bastante rara. En general tiene muchísima menos gravedad que la inflamacion vesical, y aunque algunos dicen que prolongándose puede causar la muerte por demacracion como todas las exhalaciones exageradas ó muy duraderas, nos parece que si esto es cierto, debe suceder rarísima vez.

Secreciones especiales.

Efidrosis, hiperhidrosis, disodia cutánea : se designa con estas voces un sudor continuo ó intermitente, general ó parcial, pero idiopático; esto es, independiente de toda lesion y consistiendo en la exagerada exhalacion del cutis. Puede molestar y enflaquecer á los que lo padecen, mas seria muy extraordinario que llegase á determinar calentura héctica: sin embargo, alguna vez ha sucedido.

Polisarcia ú obesidad se llama la acumulacion de gordura, cuando es bastante considerable para dificultar algunas funciones. Divídese en general y local, siendo la primera mas bien una deformidad que un verdadero mal; debe no obstante, considerarse grave por las incomodidades que causa y por la rebeldía con que se muestra refractaria á todo tratamiento.

Sialorrea, tialismo ó salivacion se denomina el aumentó morboso de la secrecion salival. Parece que siendo independiente de toda otra enfermedad, jamás ha ocasionado la muerte, curándose al contrario, con mayor ó menor prontitud.

Hepatorrea, policolia, flujo bilioso : espulsion de bilis por la boca, por el ano ó por ambas vías á la vez. Los vómitos y diarreas de bilis son con frecuencia síntomas de graves afecciones: no se trata empero, de tales vómitos y diarreas, sino de un flujo bilioso simple ó independiente de toda otra enfermedad, que es frecuente y dura poco, curándose por lo comun, si bien en algunos casos se manifiesta pertinaz y demacra á los que lo padecen.

Cólera europeo. El cólera-morbo europeo es tambien llamado *esporádico, cólera de nuestros paises, passio cholerica y troussegalant.* Se manifiesta con vómitos y cámaras repetidas de materias biliosas, amarillas ó verdes, acompañadas de intensísimos dolores abdominales, mucha ansiedad, alteracion profunda del rostro, velocidad y luego desaparicion del pulso, calambres, á veces tambien síncopes y convulsiones. Muy rápido y continuo suele ser el curso de esta cruel enfermedad que mata en varios casos en brevísimo tiempo; aunque su duracion media llega quizá á uno ó á lo sumo dos dias. Se cura frecuente-

mente, siendo entonces digna de notarse la rapidez de la convalecencia. Las recaidas son bastante raras habiendo un régimen prudente; pero las recidivas muy comunes.

Poliuria, diabetes insipida ó falsa, diuresis, polidipsia: afeccion caracterizada por la copiosa salida de orina acuosa y muy ligera que no contiene principios azucarados; ademas, por sed escesiva é insaciable. No compromete directamente la existencia, pero es muy rebelde y temible, sosteniendo un estado atónico constante.

Galactorrea : flujo inmoderado de leche, que siendo muy abundante y espontáneo provoca la aparicion de la tisis. Parece que las madres ó nodrizas están mas espuestas á la galactorrea poco despues del destete, que mientras crian.

Espermatorrea, polucion y pérdida seminal se llama el flujo mas ó menos repetido y copioso de esperma, fuera de las circunstancias que lo provocan de ordinario (coito y masturbacion) y que se verifica espontáneamente sin estímulo, ó con alguno tan ligero que no seria bastante en el estado de salud.

El sémen ó sale solo por la uretra, ó se derrama en la vejiga, saliendo despues con la orina : hay espermatorrea nocturna y diurna, siendo esta la mas grave. Afecciones peligrosísimas, sobre todo nerviosas, la *tabes* ó *consuncion dorsal* y la muerte son el resultado de las pérdidas seminales prolongadas.

En el sexo femenino las inmoderadas pérdidas del humor, segregado especialmente por las glándulas vulvo-vaginales, ocasionan los mismos males y triste fin que la esparmatorrea en el masculino.

Secreciones gaseosas.

Neumatosis: acumulacion anormal de fluidos elásticos en cualquier órgano. Las heridas, roturas y perforaciones pueden ser causas de acumulaciones gaseosas que no son debidas á una secrecion : lo mismo diremos de las que resultan de la descomposicion de sustancias líquidas ó sólidas. La verdadera neumatosis segregada arguye una exhalacion patológica de gases.

Enfisema : infiltracion gaseosa del tejido celular: si los gases son exhalados por este tejido mismo, el enfisema se llama espontáneo : si se han introducido por soluciones de continuidad, recibe el nombre de traumático que es el enfisema mas comun.

Ordinariamente semejante acumulacion por sí misma no tiene gravedad, á no ser que se haga general ó comprima las vias aéreas.

Enfisema pulmonar interlobular : infiltracion de aire en el tejido celular que separa los lóbulos pulmonares. Casi todos los que lo padecen, mueren asfixiados.

Enfisema pulmonal intra-vesicular : infiltracion de aire ó de fluidos aeriformes en las vésiculas del pulmon. Ambos enfisemas son muy difíciles de diagnosticarse con algun grado de certeza.

Neumatosis del tubo digestivo : acumulacion anormal ó morbosa de gases en dicho tubo. Pueden acumularse en cualquier punto , pero suelen hacerlo en los intestinos, especialmente en el ciego, cólon ascendente y transverso, y en la S ilíaca, comunicándoles á veces un volúmen monstruoso.

La neumatosis intestinal, exenta de toda complicacion, solo constituye una incomodidad, á no ser que se presente muy considerable: es siempre de pésimo agüero en el curso de las enfermedades intestinales y peritoneales.

Parece que ciertas muertes repentinas reconocen por causa el desarrollo espontáneo de un fluido elástico en los órganos circulatorios, especialmente en el corazon.

La ciencia no posee pruebas auténticas de haberse verificado exhalaciones gaseosas en la vejiga ni en la uretra del hombre.

Por *regüeldo vaginal* se entiende la salida de fluidos elásticos por la vulva, con mas ó menos ruido; pero lo comun es que salga aire que habia penetrado hasta la vagina y á veces hasta el útero.

Fisometría ú timpanitis uterina verdadera se llama la exhalacion real de fluidos en la matriz: suele observarse durante la preñez ó poco despues del parto y procede de alguna porcion de feto, placenta ó sangre coagulada que esperimenta fermentacion pútrida.

Fisometría esencial. Mucho mas rara que la anterior, consiste en la exhalacion de gases en las mismas paredes de la matriz, sin estar afectadas de lesion apreciable. Semejante desarrollo patológico, espontáneo de fluidos se ha verificado casi siempre en úteros no fecundados. Por sí sola esta enfermedad carece de peligro.

Neumatosis peritoneal. En el estado actual de la ciencia debe admitirse la neumatosis esencial de la membrana serosa del abdómen que, segun se asegura, va elevando dicha cavidad, dificulta la respiracion, y no pudiendo los enfermos espeler gases ni espontáneamente, ni á beneficio de una sonda introducida en el recto, sucumben al fin, con los accidentes de la asfixia.

Neumo-pericardio: acumulacion de gases en el pericardio; neumatosis muy rara, acerca de la cual ningun dato exacto poseemos.

Neumo-tórax: existencia de gases en las cavidades de las pleuras: el esencial (único que indicamos aquí) consiste en la exhalacion de fluidos aeriformes por la misma pleura: parece que esta membrana únicamente los exhala cuando está inflamada. Debemos confesar que faltan todavía casos bien estudiados para señalar con exactitud los síntomas, el curso y las consecuencias de esta afeccion.

La sexta clase de enfermedades comprende los envenenamientos; forma un tratadito de tosicologia.

Envenenamiento es el estado morboso que resulta de la introduccion en la economía, sea por el punto que fuere, de un agente que sin obrar de modo mecánico, destruye la salud ó estingue la fuerza vital. Las sustancias que producen estos terribles efectos, llevan el nombre de *venenos.* Son sólidos, líquidos, gaseosos y numerosísimos, pudiendo dividirse en cuatro clases, con respecto á su manera de obrar en la economía animal. Clase 1.ª venenos irritantes: 2.ª narcóticos: 3.ª narcótico-acres: 4.ª sépticos.

Venenos irritantes son los que inflaman ó corroen las partes con que se ponen en contacto: los mas solo tienen accion local, pero algunos obran tambien por absorcion.

Pertenecen á este género: el fósforo, el iodo, el bromo, el cloro, los acidos concentrados, los álcalis y sus compuestos, los preparados de anti-

monio, oro, plata, estaño, zinc, cobre, plomo, mercurio, el polvo del vidrio y del esmalte.

Venenos irritantes vegetales son la jalapa, brionía, torvisco, guta-gamba, euforbio, creosota, etc.

A los mismos corresponden algunos que son animales, como las cantáridas, ciertas almejas y otros mariscos.

Entre los funestos efectos de los venenos irritantes se estudian varias enfermedades de la mas alta importancia, tales como los *cólicos de cobre y de plomo*, los *dolores saturninos del tronco y estremidades*, la *encefalopatía saturnina*, que se presenta bajo tres formas, á saber: delirante, epiléptica y comatosa; las *paralisis* tambien *saturninas*, la erupcion mercurial ó sea la *hidrargiria*, y finalmente el *temblor* y la *caquexia mercuriales*.

Venenos narcóticos se denominan aquellos que producen el conjunto de síntomas llamado *narcotismo*, siendo los principales: el opio, yerba mora, beleño, lechuga virosa, belladona, ácido cianhídrico, sustancias alcohólicas, sulfato de quinina en muy alta dosis, ácido carbónico, vapor del carbon vegetal, gas del alumbrado.

A los deplorables accidentes del abuso de las sustancias alcohólicas corresponden tres horribles afecciones, la *embriaguez*, el *delirium tremens* y la *combustion humana espontánea*.

Venenos narcótico-acres son los que producen, como los anteriores, narcotismo; pero inflaman ademas las superficies en que se ponen en contacto. He aquí los principales: estricnina, brucina, tabaco, ciertos hongos y agáricos, haba de San Ignacio.

Venenos sépticos: se entienden aquellos que despues de ser absorbidos, determinan el conjunto de síntomas que fue llamado en tiempos antiguos *putridez*, consistiendo en adinamia, hemorragias pasivas, síncopes, gangrena y otros accidentes análogos. Los principales venenos de este género son: materias animales en putrefaccion, centeno atizonado, maiz alterado y el gas que se desprende de los lugares comunes.

Las emanaciones pútridas penetran en la economía por los pulmones, en forma vaporosa ó por el estómago en forma alimenticia: tambien los cuerpos putrefactos se introducen por la piel cuando falta ó está cortada la epidermis.

Ergotismo: envenenamiento causado por el cornesuelo del centeno y caracterizado por convulsiones, ó bien por gangrena en las estremidades: asi se divide en ergotismo convulsivo y gangrenoso. El primero es casi siempre mortal: la mayor ó menor gravedad del segundo depende de la estension de la gangrena.

Pelagra: terrible enfermedad observada, ó al menor descrita por primera vez por el médico español Casal, quien la llamó *mal de la Rosa*. Son sus principales síntomas un eritema en las partes del cuerpo habitualmente descubiertas, diversos trastornos del sistema nervioso y diarrea colicuativa, terminando casi siempre por la muerte.

Tufo: esta voz tiene dos significados, pues tufo se llama al envenenamiento causado por las emanaciones pútridas de los lugares comunes, sumideros, pozos, minas, etc. y tambien á la misma exhalacion mefítica ó venenosa.

Ponzoña: líquido que en estado sano algunos animales segregan y pueden inocular en nuestros tejidos, haciendo primero una herida por mordedura; de cuya inoculacion ó envenenamiento resultan accidentes locales mas ó menos graves, y tan terribles algunas veces, que causan la muerte. La víbora, la serpiente de cascabel y algunos insectos como la abeja, la avispa, el abejon, el mosquito, y en ciertas circunstancias el escorpion, parecen ser los animales ponzoñosos mas comunes.

La mordedura de la tarántula ocasiona tan solo algunos síntomas locales y leves.

Tarantela ó *tarantulismo*. Se ha supuesto por espacio de muchos siglos que existia una enfermedad debida á la mordedura de la tarántula y caracterizada por un deseo irresistible é inmenso de bailar, y se la denominaba tarantela ó tarantulismo. No existe, ni ha existido semejante enfermedad!

Virus. Lo mismo que toda ponzoña, puede clasificarse todo virus entre los venenos sépticos: hemos colocado, sin embargo, algunos, v. gr. el varioloso, el vacuno, etc. en otro lugar, é indicaremos ahora los siguientes: virus rabífico, pustuloso maligno, carbunculoso propiamente tal, muermoso, lamparónico y sifilítico. Diremos antes que por virus se ha de entender el producto de una secrecion accidental y morbosa, producto invisible y apreciable tan solo por sus malignos efectos, cuyo vehículo es generalmente el pus, el moco, una materia serosa ó la sangre.

Rabia, hidrofobia rabífica ó rabiosa: cruelísima enfermedad, caracterizada por horror á los líquidos, por un espasmo de los músculos respiratorios, una salivacion casi continua, y frecuentemente convulsiones intermitentes.

Estando confirmada la rabia, ha sido hasta ahora constantemente incurable.

Pústula maligna: afeccion que se caracteriza por una flegmasia cutánea gangrenosa, no propagándose por lo comun mas allá del tejido celular. Es sumamente grave, y la que reside en la cabeza ó en el cuello, mas que la de los miembros.

Carbunco maligno: consiste en un tumor, en general poco elevado, muy duro y doloroso, de un rojo vivo y brillante en la circunferencia, y que en el centro tiene vesículas que bien pronto desaparecen, dejando en su lugar una escara negra como carbon, de cuya última circunstancia tomó el nombre la enfermedad.

El carbunco maligno se divide en pestilencial y no pestilencial, siendo el primero uno de los síntomas de la peste. El segundo rara vez se cura y es muy agudo, por manera que mata á muchos enfermos en veinte y cuatro horas.

Muermo agudo: afeccion que se revela por una coriza específica con secrecion puriémula y sanguinolenta, bastante copiosa, pústulas y con frecuencia tumores purulentos, ó linfáticos y gangrenosos en la superficie del cuerpo. Todavía no se tiene noticia de un solo caso de curacion de esta horrorosa enfermedad.

Lamparones agudos. Las mismas causas desarrollan muermo ó lamparones; enfermedades de síntomas semejantes, con la diferencia que en el muermo la coriza específica es constante, al paso que falta en los lamparones. Estos, aunque muy graves, parecen serlo algo menos que el muermo.

La rabia, la pústula maligna, el carbunco tambien maligno, el muermo y los lamparones son enfermedades trasmitidas á la especie humana por irracionales: el género *canis* suele comunicar la rabia: varios animales domésticos trasmiten la pústula y el carbunco malignos que tal vez constituyen una misma enfermedad: el muermo y los lamparones, que son quizá tambien idénticos, proceden del caballo.

Sífilis ó mal venéreo: otra enfermedad virulenta, cuyos síntomas varian de una manera estraordinaria, pero todos nacen de las alteraciones específicas que causa un virus, el cual aplicado á cualquiera parte del cuerpo, puede reproducirse, multiplicarse y ejercer su accion localmente y despues en toda la economía, habiendo sido absorbido.

Sífilis primitiva: mal venéreo que se manifiesta con lesiones que existen únicamente en los puntos á que ha sido aplicado el virus.

Sífilis consecutiva, confirmada, constitucional, secundaria: mal venéreo general; porque absorbido el virus desde el punto ó parte á la que fue aplicado, envenenó ya toda la sangre.

Sífilis terciaria: mal venéreo general en supremo grado; por manera que si en la sífilis secundaria se presentan los accidentes venéreos en la piel y membrana mucosas; en la terciaria, atacan ademas los tejidos celular, fibroso, huesoso, etc. Hunter llamaba período segundo de la sífilis constitucional al estado que Ricord denomina sífilis terciaria, ó para espresarnos en su mismo lenguaje *accidentes sifilíticos terciarios*.

Es inconcebible que se haya querido negar la existencia del virus sifilítico: en la actualidad nadie la niega.

Probablemente la sífilis fue mas ó menos observada desde remotísimos tiempos; pero se ha estudiado especialmente en los modernos. Siendo infinitas las formas con que se desarrolla y ejerce sus estragos, muchas han de ser tambien las lesiones cuyo estudio la da á conocer: asi dependen de ella las *blenorragias, blenorreas, úlceras, bubones, iritis, orquitis, vejetaciones, fístulas, sifílides ó afecciones cutáneas, periostosis, exostosis, caries, nocrosis, lesiones viscerales, dolores osteocopos, gangrenas, mutilaciones* y otras plagas, que es imposible enumerar. El mal venéreo no respeta ni órgano, ni tejido, todos los invade y los destruye todos. Hay *diatesis* y *caquexia* sifilíticas.

Pian ó frambœsia: enfermedad eminentemente contagiosa que se revela por pústulas ó tumorcitos papulosos, precedidos de manchas rojas y desarrollados en los sobacos, ingles, márgen del ano y partes genitales. *Pian* ó *Epian* es el nombre que se le da en América y *Yaws* el que tiene en Guinea; pero Bateman la describió con el de *frambœsia*, porque en el sitio de los tumores indicados suelen salir escrecencias de la magnitud, forma y color de una frambuesa.

Por sí sola no parece ser enfermedad peligrosa. Consideramos errónea la opinion de los que la creen sifilítica, pues no ataca mas que una vez al mismo individuo; es casi peculiar de la raza negra y puede declararse espontáneamente. Tambien Cazenave la juzga de una naturaleza específica y distinta de la vénerea.

La séptima clase de enfermedades contiene las lesiones de nutricion, divididas en seis géneros: 1.° hipertrofia; 2.° atrofia; 3.° induracion; 4.° reblandecimiento; 5.° gangrena; 6.° ulceracion.

Hipertrofia: voz de creacion moderna, que designa aumento de nutricion, circunstancia patológica muy comun y general, pues casi todos los órganos son susceptibles de hipertrofiarse. Como á veces únicamente lo verifica una parte de órgano ó alguno de los varios tejidos que entran en su composicion, se admiten hipertrofias totales y parciales.

La *hipertrofia del cerebro* siguiendo un curso crónico, conduce los enfermos al sepulcro, pues constituye una enfermedad que parece ser siempre mortal. Los infortunados pacientes sucumben despues de largos sufrimientos, de un modo lento y con síntomas de hidrocéfalo, ó súbitamente ya en un síncope, ya víctimas de una convulsion.

Otras hipertrofias: todas las de los órganos importantes son muy graves: en este caso se hallan la de la médula espinal, corazon, hígado y bazo.

Cirrosis hepática: enfermedad especial del hígado, caracterizada por la hipertrofia de algunas de sus granulaciones y al propio tiempo la atrofia del mayor número de ellas. Por la semejanza que las granulaciones hipertrofiadas tienen con la cera amarilla, se ha llamado cirrosis á esta afeccion, que parece terminar inevitablemente por la muerte.

Bocio, *broncocele*, *traqueocele*, *hernia traqueal* son nombres empleados para designar la hipertrofia de la glándula tiroides, enfermedad de curso sumamente crónico, que es endémica en muchas localidades. Rara vez pone la existencia en peligro; pero incomoda mucho y cuando llega á ser algo antigua, se manifiesta rebelde y por lo comun incurable.

Elefantiasis de los Arabes: lesion que se caracteriza por la hipertrofia de la piel y de los tejidos celular y adiposo subyacentes, la cual ocasiona un aumento de volúmen tan considerable y monstruoso, que á veces las piernas de los enfermos tienen cierta semejanza con las del elefante; en esta circunstancia se funda la denominacion de *elefantiasis*. Rarísima vez se cura; pero subsiste muchos años y para que determinase la muerte seria necesario ó que la persona enferma presentase muy mala constitucion, ó que en algun punto la inmensa hipertrofia fuese causa de gangrena.

Tal vez la *induracion rara de la piel*, ó *esclerema de los adultos* de la que la ciencia no posee mas que cinco ó seis ejemplos, sea alguna forma poco conocida de la elefantiasis. Como la enfermedad cuyo nombre indicamos, se ha observado hasta el dia esclusivamente en mujeres ¿no fuera mas propio llamarla *esclerema de las adultas*? Las edades de las que padecieron semejante mal, fueron: quince, veinte y uno, treinta y tres y cincuenta años.

Atrofia: aquel estado en que un órgano ó tejido se adelgaza y disminuye de volúmen por haber disminuido tambien su nutricion. La atrofia es respecto de un aparato, órgano, ó tejido lo que el marasmo respecto de la totalidad del cuerpo.

La *ajenesia* no debe confundirse con la atrofia; es mas bien una monstruosidad por defecto. En la atrofia un órgano presenta menos volúmen y menos energía, por haber perdido uno y otra: en la ajenesia el órgano tiene menor volúmen, porque nunca ha llegado á tener el conveniente ó natural.

El estado atrófico puede, como el opuesto ó hipertrófico, observarse en todos los órganos y tejidos, hay por consiguiente atrofias cerebrales, espinales, cardiacas, hepáticas, musculares, óseas etc.

Oligotrofia: voz que se emplea como sinónima de atrofia.

Induracion: aumento de la consistencia normal de los tejidos: es con frecuencia un resultado de la inflamacion; pero en muchos casos depende de haberse alterado el trabajo nutritivo, sin existir el flogístico.

Asi como todos los tejidos pueden hipertrofiarse y atrofiarse, pueden tambien endurecerse y por lo tanto, importa sobre manera estudiar las induraciones cerebrales, medulares, cardiacas, hepáticas etc., etc.

Reblandecimiento: cohesion de los tejidos menor que la ordinaria ó natural. Hay muchos grados de reblandecimiento y son todos siempre muy graves; algunos no se conocen durante la vida y los patentizan las autopsias. Facilísimamente se comprende cuan profunda ha de ser la alteracion nutritiva en los órganos que van perdiendo su consistencia llegando á veces casi á liquidarse. El reblandecimiento constituye enfermedades, cuyo estudio es de toda necesidad, v. gr. el del cerebro, médula espinal, corazon, estómago, mucosa intestinal hígado, bazo, útero etc. Al de los huesos pertenecen dos afecciones muy graves:

1.ª *Raquitis* ó *raquitismo*: enfermedad propia de la infancia que tiene como síntomas capitales, una alteracion general ó parcial en la longitud, volúmen, direccion y estructura de los huesos y una atonía ó debilidad en toda la constitucion. Raquitis es denominacion inexacta, porque el raquis permanece natural en muchos casos, y los vicios de longitud, direccion etc., se limitan á los huesos de los miembros.

El pronóstico de este mal tan frecuente, ha de basarse en las alteraciones mayores ó menores de la forma del esqueleto, pues se observan raquitis leves, y otras graves como las que deforman la cavidad torácica, habiendo muchísimas completamente incurables.

2.ª *Okteomalacia*. Asi como el reblandecimiento raquítico es propio de la infancia, la osteomalacia constituye el reblandecimiento de los huesos en la edad adulta, enfermedad enteramente incurable.

Gangrena: muerte de las partes blandas de cualquier punto del cuerpo. En un órgano ó tejido gangrenado ya no hay circulacion, ni inervacion, ni movimiento nutritivo, ni sensibilidad, ni calor, quedando dicho órgano ó tejido bajo el imperio de las leyes físicas, y si los demás órganos continuan viviendo, él es separado y eliminado como cuerpo estraño. Hablando con rigor, gangrena deberia significar la mortificacion superficial.

Esfacelo: mortificacion profunda ó total de un órgano cualquiera, de un miembro en todo su espesor.

Escara: la parte mortificada.

En general, la gangrena húmeda es mas temible que la seca, porque nuestra mayor tendencia á ganar terreno, é infecta mas fácilmente todo el organismo.

Necrosis: gangrena de los huesos.

Las gangrenas de las partes blandas, que mas se observan y cuyo estudio mas adelantado está, son: la de los pulmones, boca, faringe y vulva.

Ulceracion: frecuente alteracion de nutricion, consistiendo en una solucion de continuidad por lo comun espontánea y debida á la reabsorcion preternatural ó á una especie de gangrena molecular, y sostenida por causas locales ó

generales. Esceptuando la epidermis y partes epidermoideas, todas las demás del cuerpo pueden ulcerarse.

Muchas son las especies de úlceras y sus caracteres varian sobre manera, en atencion á las causas, sitios, diatesis y mil otras circunstancias que únicamente en el estudio de tales enfermedades en particular pueden apreciarse como es debido.

Acabamos de indicar que los órganos y tejidos pueden hipertrofiarse, atrofiarse, endurecerse, reblandecerse, gangrenarse y ulcerarse. Hay todavía mas; los órganos huecos se estrechan, se cierran ú obliteran, se dilatan, se perforan ó agujerean, se rasgan y rompen.

Estrechez: disminucion mas ó menos considerable del calibre de un órgano hueco. Las estrecheces son congénitas ó adquiridas, totales y parciales: muchas resultan de las inflamaciones: pueden tambien las paredes esperimentar hipertrofia, atrofia ú otra alteracion nutritiva cualquiera y presentarse escirrosas por haber degenerado los tejidos que las forman. Se comprende que las cicatrices, los cuerpos estraños y otros accidentes análogos causen estrecheces en los conductos.

Obliteracion ú *oclusion*: falta completa ó desaparicion de la cavidad de un órgano hueco.

Dilatacion: aumento preternatural de capacidad de las cavidades y conductos naturales del cuerpo humano. Hay dilataciones mecánicas y vitales ó espontáneas.

Rotura ó dislaceracion: solucion de continuidad, producida por la distension forzada de algun órgano: todas las dislaceraciones ó roturas vienen á ser para las partes blandas lo que las fracturas para los huesos: las hay mediatas é inmediatas: algunas se verifican en órganos sanos y otras en en fermos.

Perforacion: solucion de continuidad, que establece una comunicacion preternatural entre un órgano hueco y otro cualquiera, ó entre el mismo y la superficie esterna del cuerpo. No es violenta como la rotura, sino que se verifica sin tirones, sin presion, sin causa esterior y generalmente consiste en un agujero sumamente estrecho; pero suficiente para dar paso á los fluidos y producir accidentes mas ó menos graves y con frecuencia mortales.

De estas tristísimas circunstancias de estrecharse, obliterarse, ensancharse rasgarse y perforarse los órganos, dimanan muchas y muy graves dolencias, que nos limitaremos á indicar á fin de que nuestro tosco y humilde cuadro, puramente sinóptico, no adquiera impropias y repugnantes dimensiones.

Los orificios del corazon, el calibre de las arterias y venas, el de las vías aéreas, del esófago, del tubo intestinal etc. angostándose constituyen enfermedades muy dignas del mas esmerado estudio.

Insuficiencia de las válvulas del corazon: enfermedad incurable, pues no pudiendo las válvulas del órgano central de la circulacion desempeñar sus interesantes funciones; la sangre en lugar de proseguir su curso satisfactorio y normal, retrocede á la cavidad, que acaba de dejar, de modo que si son insuficientes las válvulas sigmoideas, la sangre durante la diastole ventricular, retrocede á los ventrículos: si la insuficiencia está en las válvulas mitral ó tricúspide, refluye la sangre durante la sistole, hácia las aurículas.

Ileo, pasion iliaca, vólvulo, miserere: obliteracion intestinal. En nuestros

dias se entiende por íleo, una enfermedad causada por obstáculo mecánico al curso de las heces ventrales y que se manifiesta por dolores atrocísimos de vientre; esta cavidad se hincha, suprímense las cámaras, no salen gases por el ano; hay hipo, náuseas, luego vómitos acuosos, biliosos y hasta estercoráceos; en una palabra, todos los accidentes de las hernias estranguladas.

No ignoramos que Sydenham admitia un íleo *nervioso*, una *pasion iliaca verdadera* (segun su lenguaje) esto es; una estrangulacion interna por contraccion espasmódica, ó por movimiento antiperistáltico del tubo intestinal; pero ¿en el actual estado de la clínica médica podremos admitirlo? Si verdaderamente en el curso de algunos *misereres* se han visto salir por vómito, lavativas y calas, es indudable que en tales casos no se hallaba obstruido el tubo intestinal y que un obstáculo de naturaleza nerviosa se oponia al curso natural de las heces ventrales; mas se nos permitirá poner en duda semejantes hechos, á pesar del respeto que nos inspiran los autorizados doctores que los aseguran (Plouquet, Van-Swièten, Barthez y otros) porque ningun observador moderno ha logrado verlos.

Es el íleo una de las enfermedades mas peligrosas; cuando procede de lesion orgánica intestinal, no permite abrigar ni la mas remota esperanza de salvacion; si se complica de peritonitis, se halla casi en idéntico caso: si depende de la acumulacion de materias fecales, puede ser vencido por los recursos del arte.

Aneurisma. Entre las muchas dilataciones se halla el aneurisma ó tumor formado en el corazon ó en las arterias, por estar dilatadas las cavidades de estos órganos.

Aneurisma activo del corazon: dilatacion de las cavidades cardiacas, con hipertrofia de sus paredes.

Aneurisma pasivo del corazon: dilatacion de dichas cavidades, con atrofia ó adelgazamiento de sus paredes.

Aneurisma simple del corazon: dilatacion de las cavidades con sus paredes normales.

Aneurisma general ó total del corazon: dilatacion de toda la circunferencia de una cavidad.

Aneurisma parcial, falso, consecutivo del corazon; dilatacion de un punto de alguna cavidad.

Aneurisma de las arterias: tumor producido, bien sea por la dilatacion parcial ó total de las túnicas arteriales, bien por la infiltracion ó derrame de la sangre en una bolsa formada por la túnica celular y á veces por los órganos inmediatos, á consecuencia de haberse roto ó desgarrado las túnicas interna y media. Se divide asi:

1.° *Aneurisma verdadero*: dilatacion de todas las túnicas del vaso: llámase *general*, cuando esta dilatacion tiene lugar en toda la circunferencia de la arteria, y *parcial* ó *lateral*, cuando se limita á un punto de dicha circunferencia.

2.° *Aneurisma falso*: dilatacion de la túnica arterial esterna, donde se acumula sangre, por haberse roto las demás túnicas.

3.° *Aneurisma misto*: superposicion de un aneurisma falso á otro verdadero, es decir: que primero hay dilatacion de todas las túnicas ó aneurisma ver-

dadero, y luego se rompen la interna y media; continúa empero, dilatándose la esterna, que forma entonces una especie de bolsa, colocada encima de la dilatacion primitiva. Este aneurisma se llama *misto esterno*. Con el nombre de *misto interno* se quiere designar aquel en que rotas las túnicas esterna y media, la interna formaria bolsa ó tumor al través de ellas: la existencia en el hombre de esta última especie de aneurisma no está aun demostrada.

Por aneurisma varicoso de la arteria aorta se entiende una enfermedad, cuyo diagnóstico es en estremo difícil, y que consiste en establecerse comunicacion entre un aneurisma simple de la aorta, y un vaso ó una cavidad llena de sangre venosa (venas cavas, arteria pulmonar, aurícula y ventrículo derechos) matando á los pacientes en pocos dias.

Cianosis : enfermedad generalmente congénita é incurable, que depende de la comunicacion entre las cavidades derechas é izquierdas del corazon ó entre los grandes vasos inmediatos y cuyos síntomas principales son los siguientes: color azul, violado, lívido, negruzco ó purpúreo; respiracion corta y laboriosa, tos, palpitaciones cardiacas, pulso acelerado, pequeño, desigual, intermitente, sueño leve y poco duradero, descansando siempre los enfermos con la cabeza alta. Los síntomas suelen declararse pocos dias despues del nacimiento; pero á veces tardan meses y tambien años. Sea como fuere, pronto ó tarde, es preciso saber que declarado el mal, va conduciendo los enfermos al sepulcro, sucumbiendo desgraciados en un ataque de sofocacion, en un síncope, ó en un grado mayor ó menor de anasarca. La molestísima cianosis es hija de algunos vicios de conformacion, y por lo comun de la persistencia del agujero de Botal.

Várice y tambien *variz*; tumor blando, redondeado, indolente y movible, formado por la dilatacion atónica de las paredes de las venas. *Várice aneurismal* es lo mismo que *aneurisma varicoso*, ó comunicacion de un tumor aneurismático arterial con una vena, de lo que resulta la dilatacion de esta por la sangre roja que la penetra.

Tambien los vasos linfáticos presentan tumores, á veces muy voluminosos, formados por la linfa, que encontrando algun obstáculo á su curso, se acumula causando dilataciones linfáticas.

Los órganos todos pueden desgarrarse, romperse y perforarse. Tamaños accidentes se observan en el corazon, grandes vasos, esófago, estómago, intestinos, hígado, bazo, pulmones, pleuras, riñones, vejiga urinaria, útero etc., etc.

La clase octava de enfermedades comprende las transformaciones orgánicas y los productos morbosos accidentales.

Las transformaciones orgánicas se estudian completa y satisfactoriamente dividiéndolas en *grasas, serosas, córneas, cartilaginosas, huesosas y variables.*

Los productos morbosos accidentales y estraños al organismo se desarrollan, ó sin guardar relacion, ni tener conexion orgánica con los tejidos que ocupan, ó al contrario los modifican, los penetran y los convierten en su propia sustancia. Pertenecen á los primeros las *concreciones inorgánicas* y los *entozoarios.* El *tubérculo*, el *cáncer* y la *melanosis* constituyen los segundos.

Transformacion grasa : conversion de un tejido cualquiera en materia grasienta ó verdadera grasa: algunas vísceras v. gr., hígado, bazo etc. la esperimentan con frecuencia; tambien los músculos de la vida animal, especialmente los de la pantorrilla se vuelven adiposos. Entre los de la vida orgánica es tal

vez el corazon el único que padece esta enfermedad, que no sabemos todavía con qué síntomas se manifiesta.

Transformacion serosa: aparicion de una membrana serosa en un punto, donde no la hay en el estado normal. La formacion accidental del tejido seroso es frecuente y verifíquese en cualquier órgano; ya de mucha ya de escasa importancia, se presenta siempre dicho tejido en forma de saco sin abertura.

Quiste: consiste en este saco seroso que acabamos de indicar ó sea una cavidad membranosa sin abertura, de forma y dimensiones variables, que se desarrolla en todos los órganos de la economía, escepto en los cartílagos. Esta cavidad es única muchas veces, pero otras está dividida en varias celdillas, ya aisladas, ya comunicándose. Diversas sobre manera son las sustancias que encierran los quistes, consistiendo las mas comunes en serosidad, sangre cuajada, pus, grasa, materia ateromatosa, melicérica, tubérculos, cáncer, melanosis, pelos y varios cuerpos estraños, procedentes del esterior. Por lo general, se desarrolla un solo quiste; pero en algunos individuos fórmanse muchos simultáneamente: Morgagni contó mas de ochocientos diseminados en las vísceras de una mujer, cuyo cadáver disecó: á veces existen tambien muchísimos, ocupando nada mas que un órgano. ¿Qué se forma primero, el quiste ó la materia contenida en él? La opinion de Bichat que concede al quiste la primitiva existencia, es sin disputa cierta en el mayor número de casos; no puede empero ponerse en duda, que en otros la presencia del cuerpo estraño contenido, es anterior á la bolsa serosa en que se anida, como acontece por ejemplo, con los derrames sanguíneos y purulentos del cerebro, é igualmente con los proyectiles detenidos en cualquier órgano.

Los quistes por medio de la reabsorcion se resuelven, pero en muchísimas ocasiones supuran, y en otras esperimentan diversas transformaciones, principalmente la cartilaginosa ú ósea.

Despues de lo notado será inútil añadir que hay quistes cerebrales, hepáticos, esplénicos, etc., etc.

Hidronefrosis: enfermedad caracterizada por la acumulacion en los cálices y pelvis de los riñones de una cantidad variable de líquido, primero urinoso, y luego seroso: llámase simple la de un riñon y doble la de ambos.

La hidronefrosis ó distension hidrorenal llega á formar en la region lumbar un tumor, cuyo volúmen varia desde el de una naranja al que adquiere el útero en los últimos meses de la preñez y á consecuencia de tamaño tumor, el riñon se atrofia, por manera, que cuando la enfermedad es doble, no eliminándose de la sangre la úrea, es decir, no segregando los riñones orina, sucumben los enfermos rápida é imprevistamente, habiendo guardado cama muy pocos dias, y tan funesta terminacion es inevitable, por tratarse de un mal superior á los recursos del arte. Por esta triste razon un reciennacido afectado de doble hidronefrosis no es viable, segun asegura Rayer.

A pesar de lo dicho, el mal limitado á un riñon no suele ocasionar accidentes graves.

Quistes serosos de los ovarios: constituyen la *hidropesia enquistada* de estas vísceras; son algunas veces del volúmen de un cañamon; pero otras adquieren el de la cabeza de un adulto, habiendo casos en que llenan toda la cavidad del abdómen, que se presenta entonces como en la ascitis mas conside-

rable, y pesan 20, 30, 60, 100 y hasta 200 libras, rechazando y dislocando las vísceras, con muchas de las cuales contraen adherencias. Muy rara vez se desarrollan tales quistes en ambos ovarios simultáneamente. Aunque en alguna ocasion permanecen estacionarios, suelen por lo comun crecer paulatinamente, pues siguen un curso lento, en términos de durar en ciertas enfermas treinta, cuarenta y tambien cincuenta años.

Si bien es verdad que la hidropesía ovárica enquistada rarísima vez termina por la muerte, se ha de considerar, no obstante, como una afeccion grave, porque va siempre en aumento, molesta infinitamente y no puede curarse. Ademas un quiste tan enorme corre peligro de inflamarse, supurar, romperse, degenerar en escirro, y por fin, producir el íleo comprimiendo fuertemente alguna asa intestinal, como se ha observado ya. No estando hidrópico mas que un ovario, la enferma puede concebir.

Quistes pilosos de los ovarios. Se observan tambien en estos órganos, particularmente en el derecho, otros quistes que contienen cabellos ya negros, ya rubios, largos, á veces de ocho á veinte pulgadas, y esparcidos ó recogidos en rizos en medio de una sustancia grasienta análoga al sebo: son los mas de dichos quistes del volúmen de un huevo de gallina, aunque se encuentran varios tan grandes como la cabeza de un adulto, al paso que otros pequeñitos cual huevos de paloma. En muchos se han visto dientes, no solo de primera, sino tambien de segunda denticion, y ademas fragmentos de otros huesos humanos; pero lo mas comun es, que en los quistes de que hablamos, no haya sino pelos y grasa, por cuya razon se denominan *pilosos.* No soliendo causar accidentes, pasan desapercidos durante la vida, y cuando la autopsia nos muestra alguno, comprendemos que la mujer, cuyo cadáver examinamos, habia tenido una preñez ovárica. Como el ovario es la víscera mas predispuesta á padecer quistes, presenta tambien frecuentes ejemplos de los *acefalocísticos,* ó sean quistes que contienen *hidátidas* del primero de los cinco géneros en que han sido divididos estos animalillos parásitos, esto es : del género *acefalocistos*, segun veremos luego.

Transformacion córnea y epidermoidea. En la piel y en las membranas mucosas espuestas al contacto del aire y al roce con infinitos cuerpos, se forman á veces escamas duras ó tumores prominentes, análogos á los cuernos, que en algun caso son bastante largos ó numerosos. Parecen mas frecuentes en las mujeres que en los hombres, y en los ancianos que en los jóvenes; no profundizan mas abajo del dermis.

Ictiosis: engrosamiento de la epidermis, que forma escamas anchas, duras y secas, blanco-agrisadas y como sobrepuestas unas á otras, análogas (se ha dicho) á las de algunos pescados, de donde viene la denominacion *ictiosis.* Es enfermedad casi siempre congénita é incurable; pero carece de peligro.

Pitiriasis; *herpe furfuráceo volante* de algunos autores: enfermedad que presenta por carácter la descamacion de la epidermis en laminillas pulverulentas y blanquecinas parecidas á la harina ó al salvado. Se divide en general y parcial. Se suelen admitir cuatro variedades que son: *pitiriasis rubra, alba, versicolor, nigra*; palabras que no necesitan ser esplicadas. La pitiriasis *versicolor* es llamada tambien *cloasmo, manchas hepáticas,* y nunca tiene peligro, ni depende de lesiones viscerales como supuso Alibert. Las demás variedades son asimismo

constantemente benignas. No dejemos, sin embargo, de notar, que cuando la pitiriasis reside en la cabeza, se muestra rebelde y puede ocasionar la alopecia, que es la pérdida total ó parcial del pelo.

Lepra: Hipócrates y despues todos los médicos de la patria del padre de la medicina emplearon la voz *lepra* para designar de un modo genérico las enfermedades cutáneas escamosas, sin duda porque *lepra* significa escama. Los grandes dermatólogos de nuestra época, la emplean tambien en su genuina significacion, entendiendo por *lepra* una erupcion cutánea caracterizada por chapas redondeadas, prominentes en los bordes, deprimidas en el centro y cubiertas de escamas ténues y nacaradas. Puede esta erupcion invadir todas las regiones del cuerpo; pero se desarrolla con predileccion en los codos, las rodillas y la parte anterior del tronco. Sus escamas lejos de tener siempre nacarado color, tiénenlo á veces negro, por cuyo motivo se admiten dos variedades llamadas *blanca* y *negra*, y tal vez diríamos mejor blanquecina y negruzca (*lepra alphoides, lepra nigricans*; *Willan, Biett et Cazenave*).

La duracion de esta enfermedad es indeterminada, su índole muy rebelde, su curacion dificilísima y su recidiva en estremo comun.

No es peligrosa, ni contagiosa; pero en muchos viejos se ha observado incurable.

Psoriasis ó soriasis: enfermedad que tiene la misma forma elemental, la misma rebeldía y el mismo curso que la lepra, con la cual es probablemente idéntica.

La erupcion soriásica ofrece, sin embargo, notables diferencias en virtud de las cuales se han descrito algunas variedades, tales como soriasis en *forma de gotas, difusa, inveterada, en espiral* ó *doblada*, etc. He aquí los principales caracteres eruptivos: chapas irregulares de muy diversas dimensiones, prominentes, cubiertas de escamas delgadas, secas y de nacarado color; la piel de debajo está encendida y engrosada. La soriasis no es grave ni dolorosa.

Transformacion cartilaginosa y ósea. Casi no hay órgano que no pueda esperimentarlas. El médico ha de saber que varias veces tienen lugar en los órganos mas importantes, como corazon, arterias, etc., y que su diagnóstico exige mucho estudio y muchísima observacion.

Transformacion poliposa. Es la que se pudiera llamar *variable*, en atencion á que las escrecencias denominadas *pólipos*, que se desarrollan en las cavidades y conductos tapizados por membranas mucosas, no solo varian de forma, volúmen, consistencia, color, sino que tambien de estructura, pues las hay mucosas, fibrosas. etc.

Muchísimos pólipos son del dominio de la cirujía, porque se presentan al alcance de sus poderosos y bien entendidos instrumentos y demás recursos. Con todo, desenvuélvense varios con lamentable frecuencia en la profundidad de las vísceras; dánse á conocer tan solo por trastornos funcionales, y permanecen inaccesibles á los procedimientos quirúrgicos.

Verdaderos pólipos se encuentran á veces en el tubo digestivo, ya en el estómago, ya en los intestinos, lo mismo que en las vías aereas, tanto en la laringe, como en la tráquea y brónquios. Tambien los padece el corazon, que ademas es el sitio de otras enfermedades, tales como las *concreciones sanguíneas* y las *vejetaciones*, que Laënnec dividia en dos especies, esto es: en *ver-*

rugosas y *globulosas* y que Corvisart opinaba equivocadamente ser escrecencias sifilíticas.

Productos morbosos accidentales estraños al organismo. Son de tres especies: 1.ª *Concreciones inorgánicas* que solo obran por sus propiedades físicas v. gr. peso, volúmen, puntas ó asperidades etc. 2.ª *Seres vivos.* 3.ª *Tejidos específicos destructores.*

Cálculos: asi se llaman las concreciones inorgánicas, muy varias por su forma, color, tamaño, número, consistencia y composicion química, que pueden formarse en el interior de los parenquimas, pero que comunmente lo verifican en alguna de las muchas cavidades del cuerpo y en especial en los reservorios y conductos escretorios.

Las afecciones calculosas siguen un curso crónico. Todo cálculo que tiene su asiento en algun órgano importante, ó que perturba alguna funcion necesaria á la economía, constituye una enfermedad siempre grave.

Los cálculos cuyo estudio ocupa muchas páginas en las nosografías tanto médicas como quirúrgicas, son los biliarios, intestinales, vesicales, uretéricos, renales y uretrales.

Los terribles y dolorosísimos cólicos *hepático* y *nefrítico* son enfermedades calculosas.

Triquiasis de las vias urinarias: formacion de pelos en ellas.

Pilimiccion: escrecion por la uretra de cabellos ó pelos mezclados con la orina.

En los pulmones de algunos individuos se forman concreciones óseas ó cretáceas y en los de todos los viejos, concreciones carbonosas mas ó menos considerables, que contribuyen mucho á la terminacion de la existencia.

Animales parásitos se llaman los que no pueden vivir sino en los órganos de otro animal, alimentándose á espensas del mismo. El hombre puede tener parásitos en su interior y en su superficie.

Entozoarios: animales parásitos del interior del cuerpo humano.

Epizoarios: parásitos de la superficie del mismo, es decir: animalillos que establecen su domicilio en la superficie propiamente tal, ó en el espesor de la piel ó por fin, en el tejido celular subcutáneo.

Hidátidas: animalillos muy frecuentes en el interior de los órganos mas importantes y profundos. Hay cinco géneros de hidátidas.

1.° *Acefalocisto*: verme que consiste en una vesícula, sin apariencia de cabeza ni cuerpo, llena de humor trasparente, libre de toda adherencia y contenida en un quiste.

2.° *Cisticerco*: animalillo en el que se distingue cabeza redondeada, cuerpo cilíndrico y cola vesicular, *vesícula caudal*, con cuatro chupadores cortos y laterales. Se conocen muchas especies de cisticercos. El cerebro es de los órganos humanos el que con mayor frecuencia sirve de domicilio á estos entozoarios.

3.° *Policefalo.* Se distingue del anterior en tener muchos cuerpos que corresponden á la misma vejiguilla ó vesícula, segun lo indica su nombre.

4.° *Ditraquiceros.* La existencia de este género no está demostrada: los autores que han examinado ditraquiceros arrojados por cámaras, aseguran que tienen la cabeza con dos prolongaciones á manera de cuernos, y cubiertas de filamentos,

y que el cuerpo es ovalado y envuelto en una especie de túnica ténue ó floja.

5.º *Equinococo*. Los animalillos de este último género hidático tienen el cuerpo liso, oblongo ú ovalado, la cabeza armada de una corona de ganchos dispuestos en dos filas y ademas cuatro chupadores.

En los órganos digestivos del hombre se encuentran cuatro especies de entozoarios:

1.ª La *lombriz ó ascarida lumbricoides*: sus caracteres son: cuerpo cilíndico, por lo comun de ocho ó diez pulgadas de largo y de una á dos líneas de diámetro, liso, reluciente, de color blanco que tira á amarillo ó rojo; deja ver por su transparencia los órganos interiores sobre todo el esófago y algunas vísceras: en la estremidad anterior que es bastante delgada, hay tres tubérculos que forman la boca; la posterior termina en punta. El macho posee pene en forma de ganchito: la hembra vulva, vagina, útero de dos cuernos y ovarios filiformes. Habitan estas lombrices (y algunas veces en número muy considerable) en los intestinos delgados, pues si pasan á los gruesos ó suben al estómago, son luego espelidas. Algunas personas, especialmente á la edad de tres á diez años, las tienen por cientos.

2.ª *Tricocéfalo*. En otro tiempo se llamó *tricuris*; tiene de pulgada á pulgada y media de longitud; su cabeza se halla en la estremidad mas delgada: el macho es mas pequeñito que la hembra. Los tricocéfalos suelen habitar en los intestinos gruesos, particularmente en el ciego, siendo ora pocos, ora muchísimos, en términos que alguna vez se han contado hasta mil.

3.ª *Oxiuros* ó *ascáridas*: vermes de sexos separados tambien: el cuerpo del macho no tiene mas que dos líneas de longitud, es blanco y elástico: la estremidad posterior, algo abultada, termina arrolladita en espiral. El cuerpo de la hembra llega á tener cuatro ó cinco líneas de largo, siendo fusiforme y terminándose en punta muy delgada. La estremidad anterior, donde corresponde la cabeza, es igual en ambos sexos.

Los oxiuros son muy comunes y atormentadores: existen de preferencia en el recto y pasan con frecuencia á las partes genitales de las jóvenes, volviéndolas con su molestísimo estímulo ninfománicas en alguno que otro caso.

4.ª *Tenia, lombriz aplanada, ancha*, etc. Se suele conocer por la *solitaria*, y en algunas provincias de España *el solitario*. Se observan dos especies: la tenia, propiamente tal, ó *tenia solium*, y el *botriocéfalo*: la primera presenta el cuerpo blanco, deprimido, articulado y tan largo, que tiene por lo comun de veinte á veinte y cuatro piés, y tenias se han visto de mas de sesenta varas. La parte superior es bastante estrecha, pues forma el cuello, el cual sostiene, como es natural, la cabeza. Esta es algo globulosa, con cuatro mamelones redondeados, en cuyo centro se halla la boca, guarnecida de una fila de ganchitos, con los cuales el animal se agarra fuertemente á la membrana mucosa de los intestinos. En atencion á los indicados órganos se ha llamado esta tenia *tenia armada*. Cada una de las piezas articuladas que forman su cuerpo, se parece á la semilla de la calabaza, por cuya semejanza cuando los enfermos arrojan pedazos del animal, se dice que espelen lombrices *cucurbitáceas*. La cola es truncada: un tubo digestivo recorre toda la longitud de la tenia. Se supone que es *hermafrodita* y *ovípara*; pero no se ha demostrado. Es un error creer que la tenia está siempre sola, porque á veces hay muchas en un mismo individuo.

El *botriocéfalo* es la *tenia desarmada*, y se la llama asi, porque no tiene ganchos en la boca como la anterior, y en esto se funda la diferencia entre las dos especies: esta ademas es gris, y siempre bastante menos larga.

La primera es casi la única que se observa en nuestro país, al paso que la segunda se ve muchísimo en el Norte de Europa. Ambas residen en los intestinos delgados.

Otros entozoarios rarísimos. Se dice que alguna, pero muy rara vez; existen *estrongilos gigantes* en los riñones y que pueden salir, ó ser espelidos por la uretra: que se han observado tambien en la orina humana otros dos animales el *espiroptero* y el *dactilius aculeatus*: que en la vejiga de la hiel y conductos biliarios se ha encontrado el *distomo, fasciola humana* ó *distoma hepaticum* que se alimenta esclusivamente de bilis, y por fin que en los músculos habitan comunmente millares de *traquino-espirales*, animalillos que no se pueden ver bien sino con el auxilio del microscopio.

Epizoarios: animales parásitos que viven en la superficie del cuerpo ó en el espesor de la piel y del tejido celular subcutáneo.

Sarna. Enfermedad muy contagiosa causada por la presencia del animalillo llamado *acarus scabiei, gusanillo de la sarna, arador, sarcopto del hombre.* Se caracteriza la sarna por la erupcion de pequeñas vesículas transparentes y pruriginosas. El tal gusanillo es la causa única de este mal y del contagio del mismo; existe por consiguiente en todos los sarnosos y únicamente en los sarnosos; pero fuera de ellos puede vivir hasta tres semanas, durante cuyo tiempo son contagiosos los cuerpos que le contienen: parece ser animal nocturno y asi ataca de noche la piel en muchos puntos, haciendo en ella surcos como si arase, y de dia se refugia y descansa en el fondo de un surco. No es pues estraño que los pobres sarnosos sufran por las noches comezones atroces. Hay gusanillos machos y hembras.

Todo induce á considerar la sarna por sí sola como una afeccion local sin peligro, pues nada de lo que se ha dicho en otros tiempos con respecto á sarnas *retropulsas*, está demostrado.

Filaria, lombriz de Medina, gusano de Guinea, lombriz cutánea, dragoncillo. Hace ya mas de dos mil años que fue conocida esta lombriz de cuerpo cilíndrico y de una longitud que varía desde algunas pulgadas á muchos piés, siendo á veces tan delgada como un hilo fino y soliendo estar enroscada en círculo. Existe (regularmente con compañeras) en el tejido celular, entre los músculos, ó debajo de la piel de diversas regiones; pero con mucha mayor frecuencia de los piés y de las piernas. Puede causar accidentes muy graves.

Insectos que viven y se reproducen en la superficie de los tegumentos. Los principales son *piojos* y *pulgas*. Hay tres especies de los primeros: *piojo de la cabeza, del cuerpo, del pubis.* El último se instala en la region púbica y tambien en los sobacos, pestañas, cejas, patillas y á veces en otros varios puntos; ocasiona una comezon insoportable y produce manchitas cutáneas rojas. Vulgarmente se llama *ladilla.*

Ptiriasis, enfermedad pedicular ó piojosa, piojera: abundancia de los piojos *del cuerpo.* Se divide en parcial y total, segun que los insectos ocupan parte ó la totalidad de la superficie cutánea. Es asombroso, indecible el número de piojos que se desarrolla encima de la infeliz persona afectada de ptiriasis.

Se comprende bien que semejante enfermedad es un verdadero martirio.

¿Quién desconoce la picadura de la *pulga comun* ó *irritante*? Hay empero la *penetrante* ó *aradora*, porque penetra á veces y forma surco debajo del tegumento. Es la pulga hembra que se introduce comunmente debajo de una uña ó del tegumento del talon, para depositar allí sus huevos, y del capricho de una pulga puede resultar abceso maligno, carie y necrosis de los huesos de un miembro. La *pulga penetrante* constituye en la América Meridional un cruel azote.

Estro del hombre. En la misma América otro insecto deposita sus huevos tambien debajo del tegumento y allí permanece; complétase á los seis meses la metamorfosis, y entonces sale volando un estro mayor que la mosca doméstica. Gravísimos autores lo aseguran y Rudoph llama al insecto que indicamos, *œstrus humanus*; *estro del hombre*.

Por *diatesis verminosa* se entiende una predisposicion interior, frecuentemente inesplicable, en virtud de la cual ciertas personas tienen siempre ó casi siempre, animales parásitos, sobre todo entozoarios. En algunas dicha diatesis se muestra con asombrosa energía.

Tejidos específicos destructores: asi pueden denominarse los productos morbosos que comprimen, destruyen, penetran y se asimilan ó convierten en su propia sustancia los órganos en que tienen asiento.

Tubérculo: producto específico destructor, consistiendo en un cuerpo de color blanco amarillento ó agrisado, de forma generalmente redondeada, de variable tamaño, sin vestigios de organizacion, duro en su orígen, pero quebradizo, que luego se reblandece y se vacia al esterior á manera de abceso, dejando en su lugar una escavacion mas ó menos considerable; mas en algunos casos esperimenta la transformacion cretácea ó calcárea. Los tubérculos por su forma se dividen en aislados é infiltrados, y por el grado en que se hallan ó período que recorren, en duros ó crudos y cocidos, maduros ó reblandecidos; por su curso en agudos y crónicos: constituyen una enfermedad malignísima que no perdona órgano alguno, aunque se desarrolla preferentemente en los pulmones. A pesar de su malignidad es, sin embargo, susceptible de curacion, mas no de resolucion. Si alguna vez se curan los tubérculos ha de ser, ó evacuándose al esterior, y cicatrizándose sus cavernas, ó esperimentando la transformacion cretácea, cuyo modo es el mas comun.

Tisis pulmonal: enfermedad sumamente mortífera, esparcida por toda la tierra y anatómicamente caracterizada por la presencia de los tubérculos en el tejido de los pulmones. Mucho se asegura en el dia que no es contagiosa; pero aunque en realidad no lo sea, juzgan los grandes médicos necesario aconsejar que se eviten todo lo posible los miasmas que exhala el cuerpo de los tísicos confirmados, porque acarrean perjuicios á la salud.

La ciencia posee algunos casos, inmensamente raros de curaciones de la tisis en todos sus períodos, por haber cesado el trabajo tuberculoso; mas estas escepciones estraordinarias no pueden impedirnos de decir, que tan cruel enfermedad lleva al sepulcro á cuantos la padecen.

Tisis bronquial: tuberculizacion de los ganglios bronquiales que suele en los adultos ser compañera de la de los pulmones, constituyendo una tisis accesoria. No sucede asi en la infancia, pues los tubérculos de los bronquios se desarrollan de una manera primitiva y casi tan frecuente como los de los pulmo-

nes y forman una enfermedad muy grave por supuesto, como todas las tuberculosas, pero algo menos que la terrible tisis pulmonal.

Tabes mesentérica: lo mismo que tisis mesentérica, esto es: tuberculizacion de los ganglios mesentéricos: algunos autores la llaman atrofia mesentérica. Ocasiona el enflaquecimiento, la calentura héctica, el marasmo, la muerte. Sin embargo, cuando no hay tubérculos en ningun otro órgano, puede tener esta enfermedad la terminacion feliz. Se acostumbra estudiar entre las de los niños, pues se declara preferentemente en los que tienen de cinco á diez años, siendo ya muy rara de los doce á los quince.

Todas estas tuberculizaciones que no hacemos mas que señalar, lo mismo que la *meningea*, *cerebral* y *renal* ó *nefrítica*, están filosófica y completamente estudiadas en el gran *Tratado de patologia interna*, cuyo cuadro sinóptico ensayamos trazar.

Escrófulas, *tumores* y tambien *humores frios*. Consiste la afeccion escrofulosa en un estado patológico constitucional, que se revela por diversas lesiones de las partes blandas y duras, especialmente por el infarto crónico y la tuberculizacion de los ganglios linfáticos.

Esta enfermedad es muy comun en los niños, muy rara en los viejos y siempre muy grave: si se cura, casi siempre la curacion es incompleta. La esperiencia patentiza que no se trasmite jamás por la via del contagio; lo mismo han demostrado las tentativas de inoculacion, que segun nuestra conciencia son criminales.

La diatesis escrofulosa se declara por la exageracion del temperamento linfático.

Cáncer: otro tejido accidental y destructor, sin análogo en la economía, que tiende á invadir las partes vecinas: si se le estirpa, se reproduce casi siempre, ya en el mismo órgano, ya en otros mas ó menos distantes: es de toda probabilidad incurable, altera profundisimamente la nutricion y desenvuelve la *caquexia cancerosa*.

Dicen algunos: el cáncer se divide en *ecirroso* y *cerebriforme*, segun los caracteres de su tejido; pero siempre es el mismo mal.

Otros especialmente ingleses, admiten el cáncer *encefaloides* ó *cerebriforme* y el *ecirroso* y los califican de lesiones distintas.

Sea como fuere, preséntase el cáncer con horrendos síntomas y constituye una enfermedad que no perdona órganos, edades, ni condiciones de ninguna clase, siendo ademas incurable y mortal. A medida que destruye y se asimila los tejidos, determina necesariamente accidentes espantosos tanto locales como generales.

El dolor que los infortunados pacientes esperimentan casi sin cesar, es intensísimo, lancinante, taladrante hasta el estremo de conmover funestamente el sistema nervioso, produciendo convulsiones y delirio. Con todo se han visto sucumbir varios enfermos con los síntomas de la caquexia cancerosa, sin haberse quejado de dolores: faltan estos, ó son muy ligeros en los cánceres de los pulmones, hígado, riñones y en algunos casos del estómago; rarísimo seria que faltasen tambien en el cáncer del útero.

Las hemorragias hijas del trabajo destructor que rompe arterias y venas, constituyen otro accidente peligrosísimo y pavoroso.

Cáncer oculto: tumor canceroso, no abierto todavía.

Cáncer manifiesto: el mismo ulcerado ó abierto.

Caquexia cancerosa. Podria llamarse cáncer constitucional: es un tristísimo estado patológico que ocasiona enflaquecimiento hasta el marasmo, agota todas las fuerzas, tiñe los tegumentos de color amarillo de paja, primero en el rostro y luego en todo el cuerpo, infiltra los miembros, perturba todas las funciones, comunica á los huesos un grado tal de fragilidad que muchos infelices se los fracturan con solo moverse en sus camas, y finalmente abre el sepulcro.

Para adquirir un conocimiento completo de la afeccion cancerosa, debe estudiarse en muchos órganos v. gr. cerebro, médula espinal, pulmones, pleuras, esófago, estómago, intestinos, hígado, pancreas, vias biliarias, riñones, ovarios, matriz, huesos, etc., etc., etc.

Parece demostrado que el cáncer es hereditario y no contagioso.

Melanosis: producto accidental de color negro algo variable. Es infinitamente menos destructor que los productos precedentes y aun tal vez se ha de considerar inocente, en términos que si perturba alguna funcion, lo hace por su peso, volúmen etc., como lo haria el mas benigno cuerpo estraño.

Laënnec la estudió como un tejido accidental; dividióla en *melanosis cruda* y *melanosis reblandecida*; habiendo sido este mismo ilustre médico quien le dió el nombre que lleva.

Muy rara vez se desarrolla sola; casi siempre se presenta unida á otros tejidos, en especial al canceroso, y algunas, si bien rarísimas veces, la substancia melanósica está liquidada: asi es que se admiten por varios autores 1.° *melanosis en masa*; 2.° *melanosis infiltrada*; 3.° *melanosis en forma de capas*; 4.° *melanosis líquida*.

Las masas melanósicas suelen tener color de hollin ó tinta. Algunos opinan que la melanosis no es otra cosa que sangre modificada, y Lebert establece que no es un cuerpo accidental, sino pigmento negro, depositado bajo la forma de granos ó glóbulos, en órganos normales ó morbosos.

En la novena clase de enfermedades se estudian las

Neurosis: palabra creada por Cullen para designar unas enfermedades apirécticas, intermitentes y caracterizadas por diversos trastornos del sistema nervioso, especialmente de la contractilidad y motilidad, sin lesion material *apreciable*. Sin duda por esta última circunstancia capital, las llamaban los antiguos *morbos sin materia*. Pueden todas las neurosis ser divididas en cinco grupos ó géneros.

1.° *Neurosis caracterizadas principalmente por intenso dolor*: tienen la denominacion de neuralgias.

Neuralgia es la voz, que Chaussier propuso y fue admitida para significar enfermedades que se dan á conocer por intensos dolores en algun nervio, sin que este órgano presente daño material susceptible de ser apreciado. El número de las neuralgias ha de ser naturalmente muy considerable, es decir, proporcionado al de los nervios.

La neuralgia intensa ó duradera atormenta de un modo indecible, hace insoportable la existencia; pero no creemos que haya ejemplo de haber por sí sola ocasionado la muerte. Es como toda neurosis, muy caprichosa y rebelde, curándose unas veces con sencillos medios y mostrándose otras refractaria á cuantos el médico mas instruido pueda emplear.

Toman las neuralgias sus denominaciones, ya de los mismos nervios enfermos ya de los órganos por los cuales estos se distribuyen, ya de las regiones por donde pasan, y asi decimos, neuralgia trifacial, intercostal, crural, etc., gastralgia, hepatalgia dermalgia, etc., neuralgia cervico-braquial, lombo-abdominal, etc.

Por *jaqueca, migraña* ó *hemicránea* se entiende un estado neurálgico de la cabeza, caracterizado por vivo dolor comunmente limitado á la mitad frontal del cráneo, en especial á la region superciliar, cavidad orbitaria, ó fosa temporal, con inapetencia, náuseas, vómitos y muchísimo malestar. Carece de peligro.

Esternalgia, neuralgia del corazon, angina de pecho, sternodia sincopalis. Con estas y otras denominaciones se designa una neuralgia de sitio no bien demostrado, que forma escepcion á lo que acabamos de decir relativo á que las neuralgias no matan, porque la esternalgia lo hace y repentinamente. De ciento sesenta y cuatro individuos atacados de ella y cuyas historias patológicas analizó Forbes, noventa y cuatro murieron de repente. Considerando los gravísimos accidentes y la funesta terminacion de la angina de pecho, no es posible dudar de la existencia de la neuralgia en los nervios del corazon. Laënnec opinaba que unas veces residia en el nervio neumogástrico y otras en los filamentos cardiacos del gran simpático.

Por *enteralgia* se ha de entender el cólico nervioso.

2.° *Neurosis caracterizadas principalmente por lesion del movimiento.*

Convulsion : contraccion violenta é involuntaria de los músculos sujetos al imperio de la voluntad. La *tónica* consiste en la contraccion permanente con inmovilidad; la *clónica* presenta alternativas de contraccion y relajacion y por lo tanto mucho movimiento. Son las convulsiones esenciales y sintomáticas.

Tétano y tétanos: convulsion tónica de algunos ó de todos los músculos voluntarios. Hay pues tétano general y parcial.

Trismo: tétano limitado á los músculos elevadores de la mandíbula inferior.

Emprostótonos: tétano de los músculos anteriores del tronco.

Opistótonos : tétano de los posteriores.

Pleurostótonos: tétano de los laterales. Algunos dicen con mayor claridad, tétano *maxilar, anterior, posterior, lateral.*

Tétano traumático: el que es efecto de alguna herida ó violencia esterna,

Todo tétano reclama gravísimo pronóstico, principalmente el general y el que ataca á los recien nacidos, aunque no sea mas que un trismo.

Tétano intermitente. Con este nombre describió Dancé en 1831 una contraccion de los músculos de las estremidades que es muy parecida al tétano; pero que tan solo alguna vez tiene gravedad. Suélese llamar hoy *contractura de las estremidades ó de los miembros.*

Esofagismo : constriccion del conducto faringo-esofágico. La idiopática no acostumbra ser grave; la sintomática; sobre todo hidrófóbica, es gravísima.

Corea, coreomania, danzomania, baile de San Vito : afeccion caracterizada por movimientos irregulares é involuntarios, parciales ó generales, del sistema muscular, sobre todo en el rostro y miembros. La corea simple, sin la menor complicacion epiléptica, se cura con frecuencia : siendo empero muy crónica, complicada ó determinando movimientos continuos y estensos, puede

hacerse grave. Parece que en las niñas es menos rebelde que en los niños.

Temblor: oscilacion rápida que agita de continuo y en contrarias direcciones las partes que tiemblan. Por sí solo, aunque á veces sea incurable, no compromete la existencia: cuando es sintomático, participa del peligro de la enfermedad que lo causa.

Parálisis: pérdida absoluta ó disminucion de la sensibilidad y del movimiento. Hay parálisis completas é incompletas, generales y parciales.

Anestesia: parálisis de la sensibilidad.

Hemiplegia: parálisis de todo un lado del cuerpo.

Paraplegia: parálisis de ambas estremidades inferiores.

Parálisis cruzada: la que afecta el miembro superior de un lado y el inferior del opuesto.

La division mas importante de la parálisis es en idiopática y sintomática: la última procede de ordinario, de alguna lesion material de los centros nerviosos. La primera, incomparablemente menos grave, es sin la menor duda una neurosis, porque no tiene carácter anatómico apreciable; y sin embargo cuando es muy estensa en términos de constituir la *parálisis general progresiva de Requin*, termina tal vez siempre de una manera funesta.

Todos los órganos son suceptibles de padecer mas ó menos paralíticamente.

3.° *Neurosis caracterizadas por trastorno de la inteligencia.*

Delirio: perversion de una ó mas facultades intelectuales ó afectivas.

Locura: afeccion cerebral, comunmente crónica y sin calentura; caracterizada por desórdenes de la sensibilidad, voluntad é inteligencia. Lo mismo es decir locura, que *enagenacion mental.*

Delirio, locura, hipocondría é idiotismo, constituyen las cuatro principales neurosis caracterizadas por un desórden mental: indicaremos sus variedades mas notables.

Manía: delirio general, acompañado de escitacion.

Monomanía: delirio parcial que versa esclusivamente sobre una idea fija y dominante, mas ó menos alegre y espansiva. El monomaniaco se cree primer ministro, monarca, papa, Dios, (*monomanía ambiciosa*) tambien sabio de primer órden, opulentísimo banquero, buen mozo, de prendas seductoras é irresistibles etc., etc. La mujer afectada de semejante monomanía se adorna tanto como puede.

Tales locos se hacen llamar: César, Napoleon, Júpiter, Carlomagno, Adonis, Platon, Cleopatra, Venus etc. etc.

Melancolía de los antiguos, *lipemanía de Esquirol*: la misma monomanía ó delirio parcial, pero versando sobre una idea triste; preséntase de infinitas maneras: un desgraciado lipemánico se imagina convertido en perro (*cinantropía*): otro en lobo (*licantropia*); este grita que está deshonrado, perdido, arruinado, que le van á prender etc. (*panofobia*); aquel jura haber cometido pecados enormes, ve al infierno que le espera etc. (*monomanía religiosa*). Algunos se persuaden estar ya en poder de los demonios (*demonomanía*). Dos formas terribles y peligrosísimas de este lamentable desarreglo intelectual son la monomanía *homicida* y la *suicida*, á las cuales se refieren muchas de índole destructora v. gr. incendiaria etc. Hay empero otras dos que hacen verter lágrimas á sus observadores por la ternura y esquisita sensibilidad con que se manifies-

tan; son la *erotomanía* y la *nostalgia*. Los erotomaniacos poseidos superlativamente de un amor casto, del todo platónico, se ocupan continua y esclusivamente del objeto idolatrado que inspira su pasion; le ven, le oyen, le hablan, le tocan, le abrazan, viviendo tan solo para él. Si son mujeres, en nada se parecen á las ninfománicas, porque su amor es puro, es la joya solitaria de un virtuoso y sensibilísimo corazon, que el mundo no ha sabido comprender. Si son hombres, tampoco se asemejan á los satiriásicos, pues rinden culto sin límites y hacen el sacrificio de su razon á un dulce y encantador sentimiento que estos profanan; en una palabra, la *erotomania* es la locura del amor; la *ninfomania* y *satiriasis* constituyen el frenesí de la lujuria.

La *nostalgia* es otra monomania, otro amor exagerado al país natal; es la funesta y mortífera lipemanía de los emigrados; es la que dictaba á Ovidio aquellos lúgubres versos que nos muestran al poeta agonizando, por faltarle el aire de la patria; es la que arroja tantísimos cadáveres á los mares lejanos; es la que abre infinitos sepulcros en la tierra estranjera; es la que en los hospitales de la capital de España ocasiona la muerte prematura de muchos jóvenes de Asturias y Galicia. Para los nostálgicos no hay mas que la patria ó la tumba.

Ilusion: sensacion depravada. Por ilusion se ve blanco lo negro; se halla líquido lo sólido etc.

Alucinacion: sensacion imaginaria. Los alucinados oyen músicas, ven y tocan objetos que no existen. Es la alucinacion un fenómeno morboso cerebral, una sensacion sin escitante esterior y constituye quizá la circunstancia mas curiosa en el estudio de la locura.

Demencia y *estupidez*. Muy discordes están los sabios acerca de la manera de definir á los dementes y á los estúpidos, que tal vez no presentan mas que grados mayores ó menores de idiotismo.

Hiponcondría: especie de monomanía triste, que padecen los que estando sanos ó levemente enfermos, temen una muerte segura y cercana.

Idiotismo: falta ó disminucion de las facultades intelectuales, morales y afectivas. Hay idiotas, propiamente tales; imbéciles y cretinos. Es el idiotismo el último término de la degradacion humana: la forma llamada *cretinismo*, reina endémicamente en algunas localidades.

4.° *Neurosis complexas*.

Eclansia de los niños: convulsiones no epilépticas, independientes de toda lesion apreciable de los centros nerviosos. Pueden atacar al feto y son siempre muy graves.

Espasmo de la glotis: otra enfermedad casi esclusiva de la infancia, que consiste en crueles ataques de sofocacion y es sumamente grave, de las mas terribles de aquella edad. Se la conoce tambien con el nombre de *asma tímico*.

Epilepsia, mal caduco, mal de San Juan, mal de tierra, mal divino ó sagrado, gran mal, etc. Horrorosa enfermedad de muy difícil curacion y que sino mata de pronto, llega á degradar á los pacientes y los tiene valetudinarios. Hé aquí los síntomas que la caracterizan: pérdida repentina del conocimiento, insensibilidad general y relajacion de todos los músculos voluntarios, mas comunmente convulsiones generales ó parciales, casi siempre de corta duracion, cara roja ó violácea, ojos torcidos, boca espumosa. Es una afeccion cerebral, apiréctica, crónica é intermitente.

Extasis: aquel estado, en que una persona enteramente entregada á una idea dominante, permanece inmóvil y al mismo tiempo estraña á cuanto la rodea. Puede reinar epidémicamente, propagándose por imitacion.

Catalepsia: afeccion intermitente, apirética, que se manifiesta con pérdida del conocimiento y rigidez tetánica general ó parcial. Los miembros durante el ataque conservan la posicion que tenian al principio del mismo, y tambien la que se les quiera dar. Como en las catalepsias intensas la respiracion y circucion son imperceptibles, los tegumentos están frios y las articulaciones rígidas; algunos catalépticos han sido enterrados vivos. Esta enfermedad singular es muy rara y por sí sola carece de peligro: únicamente complicada con otras de peor índole, puede tener funesta terminacion.

Pesadilla: ansiedad estrema, opresion y aun sofocacion con imposibilidad casi completa de moverse ó gritar, que esperimenta un sugeto dormido; porque la pesadilla es una especie de ensueño. Puede acarrear tristísimos accidentes á los niños, á las personas muy nerviosas y á las flacas de cerebro.

5.° *Neurosis especiales de ciertos órganos.*

Afonía nerviosa: falta ó disminucion de la voz por causa nerviosa; enfermedad de poco peligro, pero de mucha pena y rebeldía.

Coqueluche: tos convulsiva, que repite por ataques, durante los cuales hay muchas y muy rápidas espiraciones ruidosas, seguidas de una inspiracion lenta, penosa y muy sonora: recorre esta afeccion tres períodos que son: de *catarro*, de *espasmo*, de *declinacion*. Por sí misma generalmente carece de gravedad; pero se complica con facilidad suma y la adquiere: no respeta edades; prefiere, sin embargo, la de uno á siete años.

La coqueluche epidémica es por lo regular de peor índole.

Asma: opresion intermitente y considerable, cuyos ataques se reproducen irregularmente, son muy distantes unos de otros, y los enfermos gozan en los intervalos de completa salud. Esta asma esencial, siendo simple, no parece peligrosa; creemos que ningun asmático ha fallecido en el ataque; con todo las dificultades de la respiracion han de mirarse con muchísimo recelo.

Hipo: esencial ó nervioso y simple, ¿qué temores puede inspirar?

Todo el mundo conoce la gravedad del hipo sintomático que se observa en el curso de tantas enfermedades.

Palpitaciones nerviosas del corazon: movimientos desordenados, tumultuosos de este órgano, casi siempre con incomodidad y aun dolor. Lo que acabamos de notar relativamente al hipo nervioso, es aplicable á las palpitaciones cardiacas de la misma naturaleza.

Lipotimia y síncope: consiste la lipotimia en la disminucion del sentido y movimiento, percibiéndose aun la circulacion y respiracion. El síncope se caracteriza por la pérdida completa y mas ó menos súbita de la sensibilidad y movimiento, con suspension total de las pulsaciones cardiacas y movimientos respiratorios. Si dura algun tiempo ó se reproduce con intervalos cortos, es el síncope un estado grave muy peligroso.

Pulsaciones arteriales nerviosas. Son mas bien una molestia que una enfermedad.

Neurosis del estómago. He aquí las principales.

1.° *Bulimia* (hambre de buey): hambre horrorosa, que causa lipotimias y

síncopes, ó delirio furioso, si el enfermo no tiene á su disposicion cantidades fabulosas de alimentos.

2.° *Malacia* : deseo irresistible de comer sustancias estravagantes, pero que contienen principios nutritivos.

3.° *Pica* : vehemente hambre de cosas no nutritivas. Es muy copiosa y variada la lista de los artículos (muchos repugnantes y asquerosísimos) que los enfermos y sobre todo las enfermas comen con delicia.

4.° *Disdipsia* : sed depravada, ansia de beber tinta, sangre, orina, en fin, cosas que no se beben.

5.° *Dispepsia* : lentitud y dificultad de las digestiones.

6.° *Vómito nervioso* : el mas grave es el de las embarazadas, pues á algunas les ocasiona la muerte. En otras circunstancias no suele, aunque puede, hacerse temible.

La *pirosis y anorexia* no pertenecen á las neurosis. La primera consiste en un ardor que desde el estómago se propaga hasta la faringe y es seguido de la espulsion de una materia líquida y muy acre. Anorexia significa falta ó mucha disminucion del apetito.

Neurosis intestinal.

Consideramos que realmente lo es el *cólico vejetal, seco*, *nervioso, madrileño*, *de los paises cálidos*, *de Cayena*, etc., etc., y constituye tal vez una forma enterálgica. Sus síntomas capitales son : atrocísimos dolores abdominales, constipacion muy rebelde y crueles calambres. Libre de complicaciones cerebrales y bien tratado, tiene rara vez una terminacion funesta.

Histerismo, *vapores*, *mal de nervios, epilesia de la matriz*, etc. Estos y otros infinitos nombres, como *mal de madre*, *estrangulacion*, etc., lleva una enfermedad esclusiva del sexo femenino, apirética, que se reproduce por ataques caracterizados unas veces por la sensacion de un cuerpo esferoideo qué desde el vientre subiese á la garganta, como tendiendo á estrangular, otras por convulsiones generales con pérdida mas ó menos completa del conocimiento.

Semejante neurosis casi nunca pone la vida de las enfermas en peligro, pero las agita y molesta sobre manera. La forma convulsiva tiene mucha mas gravedad.

Priapismo : ereccion continua y dolorosa del miembro viril, sin deseos venéreos. En la *satiriasis* (neurosis cerebral, perteneciente á la monomania) hay ardiente y loco deseo del acto venéreo. Son, pues, dos neurosis muy diversas, porque el priapismo corresponde á las de los órganos genitales.

Anafrodisia. Se designa con esta voz 1.° la falta de deseos de verificar el acto del coito: 2.° la imposibilidad de verificarlo por defecto de ereccion. En este último caso anafrodisia significa impotencia. La hay natural y accidental, absoluta y relativa ó constante y transitoria, etc.

Incontinencia nocturna de orina: enfermedad en muchos casos atónica; pero espasmódica ó nerviosa en algunos. Forma el martirio de infinitos niños y adolescentes que se mean en la cama, porque es un mal repugnante y á menudo, muy rebelde. Se ha asegurado que si no cesa á la pubertad, se ha de calificar de incurable: semejante aserto es un grande error.

En la décima y última clase de enfermedades se encuentran las *especiales de ciertos órganos y tejidos.*

Viendo el sabio autor de la obra, cuya tabla de materias estamos bosquejando, que todavía existen varias enfermedades del dominio de la medicina, que de ninguna manera pueden denominarse *calenturas*, ni *dependientes de un vicio de proporcion en la sangre*, ni *inflamaciones*, ni *hemorragias*, ni *secreciones morbosas*, ni *envenenamientos*, ni *lesiones de nutricion*, ni *productos morbosos accidentales*, ni finalmente *neurosis*; títulos de los nueve grupos ó clases, en que se hallan colocadas todas las referidas hasta aquí; juzgó necesaria la añadidura de otro grupo de afecciones heterogéneas, que estrañan sin duda verse juntas; pero que se dejan estudiar pacíficamente, considerándose destinadas á llenar de un modo provisional una especie de clase *incertæ sedis*, hasta tanto que el genio del mismo autor les proporcione algun punto mas vistoso y aventajado en el cuadro nosológico.

Por lo que á nosotros toca, nos limitaremos á una indicacion nominativa de todas ellas, encargando á los benevolísimos lectores su estudio imprescindible y sobre manera importante.

Son las siguientes:

Primera denticion y accidentes que la complican. Indigestion ó trastorno súbito y pasagero de la digestion. *Embarazo gástrico é intestinal. Estreñimiento* ó constipacion. *Vólvulo* ó invaginacion intestinal. *Diabetes* ó glucosuria. *Ictericia* ó amarillez. *Enfermedad de Bright* ó albuminuria. *Asfixias*: 1.ª por compresion del pecho: 2.ª por estrangulacion y por suspension: 3.ª por sumersion. *Menstruacion y sus trastornos. Dismenorrea* ó menstruacion laboriosa. *Metrorragia*, menstruacion escesiva. *Amenorrea*, menstruacion disminuida, retenida, suprimida. *Supresion definitiva de la menstruacion. Edad crítica. Reumatismo. R. muscular en general. R. en particular. R. de la cabeza. R. del cuello*, ó tortícolis. *R. de las paredes torácicas*, ó pleurodinia. *R. de las paredes anteriores y laterales del abdómen*, ó reumatismo preabdominal. *R. de la region lumbar*, ó lumbago. *R. de los miembros. R. de las vísceras. R. de la laringe. R. del útero. R. articular agudo. R. articular crónico. ¿Hay alguna diferencia entre la gota y el reumatismo? Prurigo. Liquen. Urticaria. Lepra tuberculosa ó elefantiasis de los Griegos. Lupus, Herpe corrosivo ó estiomeno. Manchas ó máculas. Lentigo ó pecas. Efélides ó manchas hepáticas.*

FIN.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO CUARTO.

PÁGS.

CONTINUACION DE LA OCTAVA CLASE DE ENFERMEDADES. —(DE LAS TRANSFORMACIONES ORGÁNICAS Y DE LAS PRODUCCIONES MORBOSAS ACCIDENTALES). 5

Sigue el segundo género de producciones morbosas ó sean producciones accidentales estrañas al organismo.—De la tisis pulmonal.

De la tisis bronquial. 43
De la tabes mesentérica. 46
De los tubérculos de los riñones. 50
De la afeccion escrofulosa. 51
Del cáncer en general. 60
—— del encéfalo. 72
—— de la médula. 76
—— de los pulmones y de las pleuras. . . . . id.
—— del esófago. 78
—— del estómago. 79
—— de los intestinos. 87
—— del páncreas. 89
—— del hígado. 91
—— de las vías biliarias. 94
—— de los riñones. 95
—— del útero. 96
—— de los ovarios. 104
De la melanosis. 105

NOVENA CLASE DE ENFERMEDADES.—DE LAS NEUROSIS. . . 109

Primer género de neurosis.—De las neurosis caracterizadas especialmente por un intenso dolor.—De las neuralgias en general. 111

De la neuralgia trifacial. 118

De la jaqueca, migraña ó hemicránea. 124
De la neuralgia cervico-occipital. 127
—— cervico-braquial. 128
—— intercostal ó dorso-intercostal. 129
—— lumbo-abdominal. 133
—— del testículo ó íleo-escrotal. 134
De la ciática ó neuralgia fémoro-poplítea. 135
De la neuralgia crural. 140
De la angina de pecho. . . . . id.
De las neuralgias de los pulmones. 147
De la gastralgia. . . . . id.
De la enteralgia ó cólico nervioso. 156
De la hepatalgia y de la nefralgia. 157
De la neuralgia vesico-anal. 158
—— de la vulva. 159
De la histeralgia. . . . . id.
De la neuralgia de las mamas. 161
De la dermalgia. . . . . id.

Segundo género de neurosis.—De las neurosis caracterizadas principalmente por lesiones del movimiento.—De las convulsiones. . 162

De las convulsiones idiopáticas de la cara. 163
Del tétanos.. 164
De una forma particular de convulsion llamada contractura de las estremidades. 170
Del esofagismo. 173
De la corea. 176
Del temblor. 185
De la parálisis idiopática. 187
—— de algunos nervios de la cabeza. 191
—— del nervio del tercer par, ó nervio motor ocular comun. . . . . id.
—— del nervio patético, ó nervio del cuarto par. . . 192
—— del nervio del quinto par. . . . . id.
—— del nervio del sesto par, ó motor ocular esterno. 193
—— del nervio del séptimo par. 195
—— del músculo gran serrato. 201
—— del velo del paladar. 202
—— del velo del diafragma. 203
—— del esófago. . . . . id.
—— de la vejiga. 204
—— general progresiva. 208

Tercer género de neurosis.—Neurosis caracterizadas por trastornos de la inteligencia.—Del delirio. 212

De la locura ó enajenacion mental. 213

De la hipocondría. 232
Del idiotismo. 237

Cuarto género de neurosis.—Neurosis complexas.—De la eclampsia de los niños. 240

Del espasmo de la glotis. 246
De la epilepsia 249
Del éstasis.. 265
De la catalepsia. 266
De la pesadilla. 267

Quinto género de neurosis.—Neurosis especiales de ciertos órganos. Neurosis especiales de los órganos respiratorios.—De la afonía nerviosa.. 268

De la coqueluche. 270
Del asma. 276
Del hipo. 281
De las neurosis especiales del aparato circulatorio. 282
De las palpitaciones nerviosas del corazon. . . . . id.
Del síncope. 284
De las pulsaciones nerviosas de las arterias, y especialmente de las de la aorta.. 289
De las neurosis especiales de las vías digestivas. 291
De la bulimia.. . . . . id.
De la depravacion del apetito ó de la malacia y pica. . . . 293
De la dispepsia. 294
De los vómitos nerviosos. 297
Del cólico vejetal.. 301

De las neurosis especiales de los órganos genitales.—Del histerismo.. 304

Del priapismo.. 314
De la anafrodisia.. 315
De la incontinencia de orina. . . . . id.

DECIMA CLASE DE ENFERMEDADES.—ENFERMEDADES ESPECIALES DE CIERTOS ÓRGANOS Ó TEJIDOS.—Enfermedades especiales de los órganos digestivos.—De la primera denticion y de los accidentes que la complican. 319

De la indigestion.. 322
Del embarazo gástrice. 324
—— intestinal.. 328
Del estreñimiento. . . . . id.

De la invaginacion intestinal ó vólvulo. 331
De la diabetes.. 336

Enfermedad especial del hígado.—De la ictericia. 346

Enfermedad especial de los riñones.—De la enfermedad de Bright. 354

Enfermedades especiales de las vías respiratorias.—De la asfixia. 365

De las principales especies de asfixias producidas por un obstáculo mecánico á la entrada del aire en los pulmones. . . 373
De la asfixia por compresion del tórax. . . . . id.
—— por estrangulacion y por suspension. . . . . id.
—— por sumersion.. 375

Enfermedades especiales de los órganos genitales.—De la menstruacion y de sus trastornos. 377

De la dismenorrea. 378
De la desviacion de las reglas. 381
De la amenorrea. . . . . id.
De la supresion definitiva de las reglas, ó de la edad crítica. . 386

Enfermedad especial del tejido fibroso y muscular.—Del reumatismo.. 387

Del reumatismo muscular. 388
De algunos reumatismos musculares en particular. 390
Del reumatismo articular agudo. 396
—— crónico. 410

Enfermedades especiales del cutis.—Del prurigo. 414

Del líquen. 415
De la urticaria. 417
De la elefantiasis de los griegos ó lepra tuberculosa. 419
Del lupus, herpes corrosivo ó estiomeno. 421
De las manchas ó máculas. 424
Del lentigo ó pecas. . . . . id.
De las efélides ó manchas epáticas. . . . . id.

CUADRO SINOPTICO DE LA PATOLOGIA INTERNA, del doctor Grisolle, por el doctor Oliva. 429

FIN DEL INDICE DEL TOMO CUARTO Y ÚLTIMO.

Ag. Cu.

$AgO.NO^5 + CuO.NO^5 + 2HCl =$

$AgCl + HO + CuCl + HO + 2NO^5. -$

$AgCl + HCl + 2HO + 2n =$

$AgO + 2ClH + 2n = AgO +$

3 2044 047 333 372

3 2044 047 333 372